

Neuaufnahmebogen für Kinder 8-12 Jahre

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum
Herr
Versicherter: Frau _____
Name Vorname Geburtsdatum
Straße Postleitzahl/Ort Telefon Festnetz
Krankenkasse E-Mail Telefon mobil
Arbeitgeber Beruf Telefon dienstlich

Welche Sprache sprechen Sie: _____

Für privat Versicherte: sind Sie im Standard- bzw. Basistarif versichert? Ja Nein

Das Beantworten der folgenden Fragen erfolgt auf freiwilliger Basis. Wir weisen darauf hin, dass diese Fragen notwendig sind, um Ihnen und Ihrem Kind eine adäquate Behandlung/ Versorgung zu gewährleisten.

- Behandelnde Ärzte:
Kinderarzt _____ Zahnarzt _____
- Hat oder hatte Ihr Kind allgemeinmedizinische Erkrankungen z.B. an Herz, Lunge, Leber, Nieren, Epilepsie, Asthma? _____

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Hat Ihr Kind eine Störung der Blutgerinnung oder ist eine solche Erkrankung in der Familie bekannt? Ja Wenn ja, was? _____ Nein
- Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Hautausschläge/Ekzeme, Asthma/ Medikamente)? _____
- Hat/ hatte Ihr Kind Therapien? Ergotherapie Logopädie Physiotherapie
- Aus welchem Grund sind Sie heute zu uns gekommen (Routinekontrolle, Schmerzen etc.)? _____
- Haben Sie bei Ihrem Kind schief stehende Zähne beobachtet? Ja Nein
- Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch? Wenn ja, wie lange und woran (z.B. Daumen, Schnuller...)? _____
- Trinkt Ihr Kind aus Sportflaschen (Sigg-Flaschen oder ähnliches)? Ja Nein
- Wenn ja: Wie oft, wie lange und was? _____

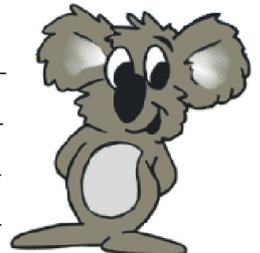
Bitte wenden →

12. Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein
13. Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne? Womit? _____
14. Wie häufig pro Tag isst und trinkt Ihr Kind zuckerhaltige Nahrungsmittel? _____
15. Bekommt Ihr Kind Fluoride? Ja Nein
In welcher Form? Zahnpasta Tabletten Gele Salz Mineralwasser
16. Wer hat sie an uns überwiesen/empfohlen, bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____
17. Sollen wir Sie per E-Mail an die Kontrolltermine Ihres Kindes erinnern? Ja Nein
18. Sind Sie damit einverstanden, dass wir von Ihrem Kind ein Foto für die Praxissoftware erstellen, um Ihr Kind identifizieren und bestmöglich auf die Behandlung vorbereiten zu können? Ja Nein

Liebe Eltern,

zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes haben wir noch einige Fragen zum Verhalten und Beschäftigungen Ihres Kindes. Bitte füllen Sie uns auch diese Fragen gewissenhaft aus.

1. Kosenamen Ihres Kindes? _____
2. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein
3. Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? Ja Nein
4. Wenn ja, welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt gemacht? _____
5. Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarzt? Ja Nein
6. Die Welt Ihres Kindes?
- a. Lieblings-Beschäftigung? _____
- b. Lieblings-Tier? _____
- c. Lieblings-Kuscheltier? _____
- d. Lieblings-Buch? _____



Wir weisen Sie darauf hin, dass eine falsche Angabe zur Krankenversicherung oder das Nichtbezahlen von Privatrechnungen den Tatbestand des Betruges erfüllt, und strafrechtlich verfolgt werden kann.

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!

In welcher Beziehung stehen Sie zu diesem Kind? _____

Sorgeberechtigter: _____

Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung zur Publikation von Fotos und Videodokumentation vor Fachpublikum

Liebe Patienten, liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,

Um jedem Kind einen optimalen Zahnarztbesuch gestalten zu können ist es hilfreich, die Behandlungen auf Video aufzuzeichnen oder auch fotodokumentarisch festzuhalten. So können wir die Reaktionen des Kindes analysieren und dadurch unsere Arbeit weiter verbessern.

Wir nutzen die erstellten Videoaufzeichnungen zur praxisinternen Fortbildung und zur Demonstration während Fortbildungsveranstaltungen vor medizinischem Fachpersonal (Ärzte, Zahnärzte, Therapeuten etc.). Von uns erstellte Fotos verwenden wir nur in anonymisierter Form für unsere eigene Homepage (www.magic-dental.de) und zur Publikation von Fachberichten.

Sollte ein besonderes Interesse unsererseits daran bestehen, die Bilder in der Öffentlichkeit zu nutzen, so würden Sie von uns darüber informiert werden. Es würde in diesem Fall eine zusätzliche, schriftliche Vereinbarung getroffen werden. Somit ist eine Veröffentlichung unsererseits ohne zusätzliche Einverständniserklärung ausgeschlossen.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten/ der Daten meines Kindes im oben erläuterten Rahmen zu.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift des Patienten oder des/ der Erziehungsberechtigten