

# 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](http://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