

Neuaufnahmebogen für Jugendliche



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 Dir eine adäquate Behandlung/ Versorgung zu gewährleisten.

1. Behandelnde Ärzte:

Kinder/Hausarzt _____ Zahnarzt _____

2. Hast Du schwerwiegende allgemeinmedizinische Erkrankungen z.B. an Herz, Lunge, Leber, Nieren, Epilepsie, Asthma? _____

3. Hast Du eine Störung der Blutgerinnung oder ist eine solche Erkrankung in der Familie bekannt? Ja Wenn ja, was? _____ Nein

4. Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

5. Neigst Du zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Hautausschläge/Ekzeme, Asthma/ Medikamente)? _____

6. Therapien? Ergotherapie Logopädie Physiotherapie Psychotherapie

7. Bist Du mit Deinen Zähnen zufrieden? Wenn nein, was möchtest Du verändert haben? _____

8. Aus welchem Grund bist Du heute zu uns gekommen (Routinekontrolle, Schmerzen etc.)? _____

9. Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? Ja Nein

10. Hast Du bei Dir schief stehende Zähne beobachtet? Ja Nein

11. Bist Du bereits in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Bitte wenden →

12. Trinkst Du aus Sportflaschen? Ja Nein

13. Wenn ja: Wie oft, wie lange und was? _____

14. Wie häufig pro Tag putzt Du Deine Zähne? Womit? _____

15. Wie häufig pro Tag isst und trinkst Du zuckerhaltige Nahrungsmittel? _____

16. Benutzt du regelmäßig Fluoride? Ja Nein

In welcher Form? Zahnpasta Gele Salz

Mineralwasser

17. Wer hat Dich an uns überwiesen/empfohlen, bzw. wie bist Du auf uns aufmerksam geworden? _____

18. Sollen wir Dich per E-Mail an deine Kontrolltermine erinnern? Ja Nein

19. 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

Zur Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung haben wir noch einige Fragen zu Deinen Beschäftigungen und Hobbys. Bitte fülle uns auch diese Fragen gewissenhaft aus.

1. Hast Du Angst vor dem Zahnarzt? Ja Nein

2. Wenn ja, welche Erfahrungen hast Du beim Zahnarzt gemacht? _____

3. Wann warst Du das letzte Mal beim Zahnarzt? _____

4. Deine Hobbys und Lieblingsbeschäftigungen?

a. Lieblings-Beschäftigung? _____

b. Lieblings-Buch? _____

c. Lieblings-Musik? _____

Erklärung des Erziehungsberechtigten:

Ich habe diesen Fragebogen mit meinem Sohn/Tochter zusammen ausgefüllt und bestätige die Richtigkeit der Angaben.

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 des Erziehungsberechtigten

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