



## Neuaufnahmebogen Kieferorthopädie Kinder + 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 Ihnen und Ihrem Kind eine adäquate Behandlung/ Versorgung zu gewährleisten.

1. Behandelnde Ärzte:

Kinderarzt \_\_\_\_\_ Zahnarzt \_\_\_\_\_

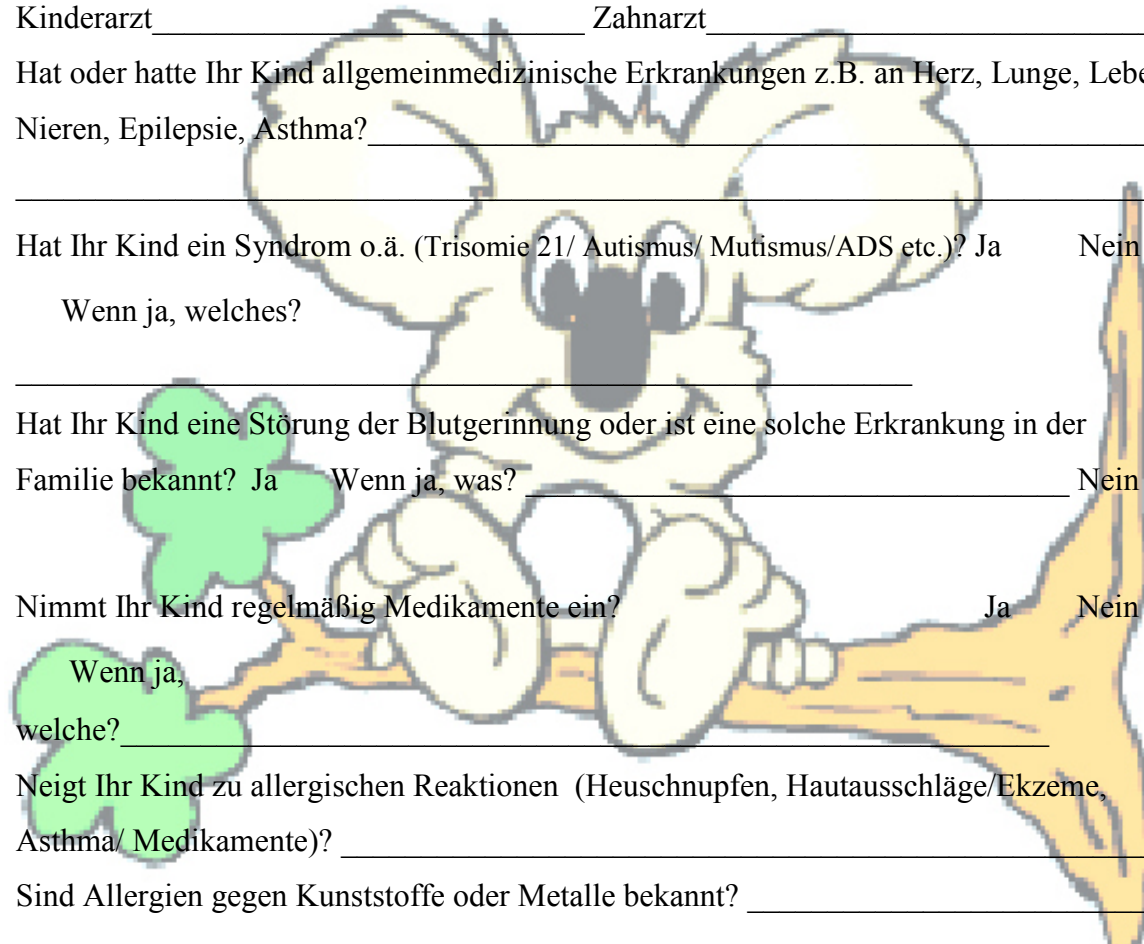
2. Hat oder hatte Ihr Kind allgemeinmedizinische Erkrankungen z.B. an Herz, Lunge, Leber, Nieren, Epilepsie, Asthma? \_\_\_\_\_

3. Hat Ihr Kind ein Syndrom o.ä. (Trisomie 21/ Autismus/ Mutismus/ ADS etc.)? Ja Nein  
Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

4. Hat Ihr Kind eine Störung der Blutgerinnung oder ist eine solche Erkrankung in der Familie bekannt? Ja Wenn ja, was? \_\_\_\_\_ Nein

5. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen (Heuschnupfen, Hautausschläge/Ekzeme, Asthma/ Medikamente)? \_\_\_\_\_  
Sind Allergien gegen Kunststoffe oder Metalle bekannt? \_\_\_\_\_





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](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