

Aufnahmebogen für Kinderpatienten

Herzlich Willkommen in unserer Praxis Runge & Runge.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Die ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Ihre Patientenangaben Junge Mädchen

Name Vorname Geburtsdatum

Erziehungsberechtigte/-r Vater Mutter Sonstige

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Telefon privat

Krankenkasse

Krankenkasse Mitgliedsnummer

Name Versicherte/-r Vorname Geburtsdatum

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt diese uns auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Überweisung durch Hausarzt Kinderarzt selbst gewählt Sonstige

Name/Praxis

Name/Kinderarzt-Praxis

Bisheriger Zahnarzt

Wie lange ist der letzte Zahnarztbesuch her? 3 Monate 6 Monate 12 Monate länger nie

Grund dieses Besuches

Besteht Angst vor dem Zahnarzt? ja nein

Verlauf bisheriger Zahnbehandlungen reibungslos mit Problemen Behandlung nicht möglich

Hatte Ihr Kind schon mal Zahnschmerzen? ja nein

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall mit Mund-/Kieferverletzungen? ja nein

Welche Krankheiten treffen auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen / Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Rheuma /rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Immunschwäche |
| <input type="checkbox"/> Geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? ja nein

Angeborene/erworbene Herzfehler Sonstige:

Hat oder hatte Ihr Kind fieberhafte Erkrankungen ja nein

.....
Art der fieberhaften Erkrankung Alter bei der Erkrankung

Hatte Ihr Kind bereits eine Operation? ja nein

.....
Art der Operation

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

.....
Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus? ja nein

.....
Grund des Krankenhausaufenthaltes

Atmet Ihr Kind durch den Mund? ja nein

Benutzt Ihr Kind einen Schnuller? ja ja, früher nein

.....
Wenn ja, wie lange?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

.....
Namen der Medikamente

Wie verlief die Schwangerschaft? normal mit Komplikationen

Wie verlief die Geburt? normal mit Komplikationen

.....
Art der Komplikation

.....
Geburtsgewicht

Krankengeschichte der Eltern

Angaben Vater

Sind bei dem Vater Allergien bekannt?

ja nein

Gegen welche Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

.....
.....

Neigen Sie zu:

Karies?

ja nein

Zahnstein?

ja nein

Zahnfleischbluten?

ja nein

Zahnarztangst?

ja nein

Angaben Mutter

Sind bei der Mutter Allergien bekannt?

ja nein

Gegen welche Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

.....
.....

Neigen Sie zu:

Karies?

ja nein

Zahnstein?

ja nein

Zahnfleischbluten?

ja nein

Zahnarztangst?

ja nein

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich habe keine Einwände, dass die Angaben zu meiner Person sowie die Behandlungsdaten in der Praxis Runge & Runge per EDV gespeichert werden. Änderungen der obigen Angaben werde ich umgehend mitteilen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

.....
Datum

.....
Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte/-r

Ernährung und Mundhygiene bei Kinderpatienten

Ihre Patientenangaben Junge Mädchen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ernährung

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? selten täglich mehrmals täglich

Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

Tee/Kaffee mit Zucker Tee/Kaffee ohne Zucker Milch Kakao Fruchtsäfte Cola/Fanta/Sprite

Was isst Ihr Kind zum Frühstück?

Brot Butter Marmelade Schokoaufstrich Käse/Wurst Müsli Cornflakes

Was isst Ihr Kind in den Schulpausen oder im Kindergarten?

Belegtes Brot Obst Süßigkeiten

Was isst Ihr Kind zum Mittagessen?

Stichpunkte

Wie werden die Zähne geputzt?

Kind putzt selbst Eltern helfen beim Putzen Eltern putzen Kinderzähne

Wann werden die Zähne geputzt?

vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen nach dem Abendessen
 direkt vor dem Zubettgehen

Womit werden die Zähne geputzt?

Zahnbürste elekt. Zahnbürste Munddusche Zahnseide Zahnholzchen Zwischenraumbürste

Welche Zahnpasta wird verwendet?

mit Fluorid ohne Fluorid

Name der Zahnpasta

Anwendung und Häufigkeit von Fluorid

von / bis

täglich

wöchentlich

monatlich

D-Fluoretten

.....

Zymafluor

.....

Fluriod-Gel

.....

Fluoridierung beim Zahnarzt

.....

Duraphat

.....

Fluoridiertes Kochsalz

.....

Fluoridierte Mundspülung

.....

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

Mineralwasser Stilles Wasser Limonade, gezuckert Tee Milch Kakao Fruchtsäfte Cola

.....
Sonstige

Was isst Ihr Kind zum Abendessen (Stichpunkte)?

.....

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeiten? Kuchen Süßigkeiten Obst frisches Gemüse
 Chips, Salzstangen belegtes Brot

.....
Sonstige Zwischenmahlzeiten

.....
Wie viele Zwischenmahlzeiten?

Bekommt Ihr Kind eine spezielle Diät?

ja nein

.....
Art der speziellen Diät

.....
Grund für spezielle Diät

Trinkverhalten bei Klein- und Vorschulkindern

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

gar nicht 3 Monate 6 Monate 1 Jahr länger als 1 Jahr

Trinkgewohnheiten

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche?

ja nein

Was trinkt Ihr Kind aus der Flasche?

Wasser Limonade Fruchtsaft Tee, gesüsst Tee, ungesüsst
 Früchtetee, gesüsst Früchtetee, ungesüsst Milch Kakao

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?

gar nicht 3 Monate 6 Monate 1 Jahr länger als 1 Jahr

Was trinkt Ihr Kind aus dem Becher?

Wasser Limonade Fruchtsaft Tee, gesüsst Tee, ungesüsst
 Früchtetee, gesüsst Früchtetee, ungesüsst Milch Kakao

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich habe keine Einwände, dass die Angaben zu meiner Person sowie die Behandlungsdaten in der Praxis Runge & Runge per EDV gespeichert werden. Änderungen der obigen Angaben werde ich umgehend mitteilen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

.....
Datum

.....
Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte/-r

Vereinbarung zur Einhaltung eines Behandlungstermins

Praxis Runge & Runge ist eine Bestellpraxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist.

Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Behandlungstermine nicht einhalten, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB und § 304 BGB in Verbindung mit dem § 296 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Einverständniserklärung

Ich habe die oben genannte Terminvereinbarung gelesen und zeige mich mit der Vereinbarung einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/Patientin oder erziehungsberechtigter Person

Hinweise zum Datenschutz für unsere Patienten

Für Ihre Behandlung bzw. Untersuchung in unserer Praxis ist die Erhebung, Speicherung, Weiterverarbeitung und Weitergabe Ihrer persönlichen Daten erforderlich. Dieses wird im Grundsatz in §§22,28 Abs. 1 BDSG geregelt. Die Speicherung erfolgt elektronisch gesichert (*passwortgeschützter Zugang für jeden Mitarbeiter*) in unserer Praxis.

Dies wird in verschiedenen Gesetzen und Vorschriften (z. B. SGB V) geregelt. Im Weiteren sind wir nach verschiedenen Rechtsvorschriften verpflichtet/ermächtigt, Ihre persönlichen Daten an Dritte weiterzugeben. Dies dient zum Beispiel der Abrechnung und Qualitätssicherung Ihrer Behandlung nach SGB V, der Überwachung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen oder der Weitergabe nach gesetzlichen Übermittlungsbefugnissen (z.B. Infektionsschutzgesetz, Betäubungsmittelgesetz, gesetzliche Unfallversicherung nach SGB VII).

Im Weiteren kann es notwendig sein, die Behandlungsdaten an Institutionen des Bundes oder der Versicherungsträger (z. B. Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) weiterzugeben, um finanzielle Rechtsansprüche (*bei Unfällen*) gegen Dritte einzufordern.

Im Regelfall handelt es sich dabei um folgende Daten:

- Familienname und Vorname des Patienten/ der Patientin, ggf. des gesetzlichen Vertreters oder Erziehungsberechtigten
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Wohnort
- Anschrift
- Informationen über die Dauer und Art der Behandlung
- Datum und Uhrzeit der durchgeführten Behandlungen
- Röntgenbilder

Die Weitergabe der Befunde und Untersuchungsdokumentation erfolgt nur an Ärzte, die durch Sie mit Ihrer Behandlung beauftragt wurden (im Regelfall der überweisende Arzt / Kieferorthopäde). Für eine gesonderte Weitergabe Ihrer persönlichen Daten (*insbesondere Untersuchungsergebnisse wie Befunde*) erteilen Sie ggf. später ein gesondertes Einverständnis, da diese Ergebnisse zusätzlich der ärztlichen Schweigepflicht (*die auch unter Ärzten gilt*) unterliegen.

Sollten Sie mit dem Umgang mit Ihren persönlichen Daten nicht einverstanden sein, informieren Sie unsere Mitarbeiter oder unsere Zahnärzte gerne über die daraus entstehenden Folgen.

Ich habe diese Information gelesen und gebe mein Einverständnis zur Erhebung, Speicherung, Weiterverarbeitung und Weitergabe meiner persönlichen Daten, wie diese zu meiner Behandlung / Untersuchung erforderlich sind.

.....
Name, Vorname / Datum

.....
Unterschrift der Patientin / des Patienten ggf. Erziehungsberechtigte/r