

Kinder und Jugendliche

Vorname und Name des Patienten:		Geburtsdatum:	
Straße:	PLZ:	Ort:	Tel.:
Name, Vorname des Versicherten: Ggf. abweichende Adresse		Geburtsdatum:	
Straße:	PLZ:	Ort:	Tel.:
Email:			
Versicherung:	Gesetzlich <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/>
Sonstiges <input type="checkbox"/>			
Name der Krankenversicherung:			
Zusatzversicherung vorhanden:	Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>
Name der Zusatzversicherung:			
Beruf der Eltern:			

- Wer ist der Zahnarzt ihres Kindes? _____
- Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt zu uns empfohlen? Ja Nein
- Hatte Ihr Kind eine ernstere Erkrankung oder besteht diese noch?
(z.B. Herzkrankheiten, Diabetes, Rachitis, Hepatitis, Blutgerinnungsstörung, Asthma bronchiale, Neurodermitis) Ja Nein
- Werden Medikamente eingenommen? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
- Reagiert Ihr Kind allergisch (z.B. Nickel; Heuschnupfen)? Ja Nein
- Wurden Mandeln oder Polypen entfernt? Ja Nein
- Schläft Ihr Kind häufig mit offenem Mund und / oder schnarcht Ihr Kind? Ja Nein
- Hatte Ihr Kind eine der folgenden Gewohnheiten?
 - Daumen-, Fingerlutschen
 - Schnullerlutschen
 - Zähneknirschen
 - Lippenbeißen
 - Nägelkauen
- Bestehen die Gewohnheiten fort? Ja Nein
- Hat Ihr Kind häufig Kopfschmerzen / Konzentrationsschwierigkeiten? Ja Nein
Falls ja, ordnen Sie die Beschwerden auf einer Skala von 1 (schwach) bis 10 (sehr stark) ein:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
- Rückenschmerzen oder Wirbelsäulenprobleme? Ja Nein
Falls ja, ordnen Sie die Beschwerden auf einer Skala von 1 (schwach) bis 10 (sehr stark) ein:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----
- Werden orthopädische Einlagen getragen? Ja Nein
- Befindet sich Ihr Kind in orthopädischer/osteopathischer Behandlung? Ja Nein
- Ist Ihr Kind einmal auf die Zähne oder Kiefer gefallen / oder Unfall? Ja Nein
Falls ja, wurde dadurch ein Zahn beschädigt oder gelockert? Ja Nein
- Gibt es Familienangehörige mit einer ähnlichen Zahnstellung? Ja Nein
- War Ihr Kind schon in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
Falls ja, benennen Sie bitte den Zeitraum: _____
- War Ihr Kind in logopädischer (sprachtherapeutischer) Behandlung? Ja Nein
Falls ja, benennen Sie bitte den Zeitraum: _____

Röntgenerklärung:

Wurden bereits Röntgenaufnahmen der Zähne oder Kiefer gemacht?

Ja

Nein

Falls ja, wann? _____

Bei Mädchen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja

Nein

Ich bin mit der Anfertigung der im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen bei meinem Kind einverstanden.

Ich verpflichte mich, während der gesamten Behandlungsdauer eintretende Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaft, Wohnorts- oder Krankenkassenwechsel) der Praxis unverzüglich mitzuteilen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass von unserer Praxis Röntgenbilder beim Zahnarzt / Überweiser / Vorbehandler angefordert werden.

HamelN, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Für privat Versicherte / Beihilfeberechtigte:

Benötigen Sie eine Rechnungskopie?

Ja

Nein

Für gesetzlich-versicherte Patienten:

Als Serviceleistung bieten wir an, den Behandlungsplan für Sie direkt bei der Krankenkasse einzureichen. Dieses Vorgehen erspart Ihnen den Umstand, den Behandlungsplan persönlich oder per Post einzureichen und verkürzt somit, in der Regel, die Wartephase bis zum möglichen Behandlungsbeginn.

Mit einer direkten Beantragung durch die Praxis bin ich einverstanden

Ja

Nein

Datenschutzerklärung:

In unserer Praxis erheben wir vor und während Ihrer Behandlung personenbezogene und vertrauliche Daten. Alle Ärzte und Mitarbeiter unserer Praxis unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Ohne die Verarbeitung, insbesondere von Gesundheitsdaten, können wir den Behandlungsvertrag nicht durchführen und müssten eine (Fortführung der) Behandlung ablehnen.

Mit in Kraft treten der EU-Datenschutzverordnung am 25. Mai 2018 sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. In der Information finden Sie auch, welche Rechte sie bzgl. des Datenschutzes haben.

Sie haben insbesondere das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person sowie Ihres Kindes gespeicherten Daten, das Berichtigen unrichtiger Angaben und die Löschung nicht mehr erforderlicher Daten, soweit diese Angaben nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften aufzubewahren sind. Zudem können Sie eine freiwillig erteilte Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung ihrer Daten widerrufen.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt für Sie zur freien Verfügung auf Anfrage an der Rezeption aus. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Patientenverzeichnis und in das SMS-Terminerinnerungssystem.

einverstanden

nicht einverstanden

HamelN, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten