

1/5



PRAXIS
DR. KLÖPPER+

Ihr Zahnärzteteam in Elze

Heilswannenweg 35 – 31008 Elze

Tel 05068 – 92960

Fax 05068 – 929669

Mail info@zahnarztpraxis-elze.de

Web www.zahnarztpraxis-elze.de



dr.kloepper.team

Liebe Kinder, liebe Eltern,

wir freuen uns sehr, Sie gemeinsam mit Ihrem Kind in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir individuell und persönlich auf die Wünsche und Bedürfnisse Ihres Kindes eingehen und seine Behandlung so optimal und risikoarm wie möglich gestalten können, benötigen wir vorab einige Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes.

Natürlich besprechen wir alle wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei weiteren Fragen hilft Ihnen unser Team gern weiter.

Persönliche Angaben

Kontaktdaten des Kindes

Name _____ Vorname _____

Geburtstag _____ Geburtsort _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil* _____

Ihr Kind geht in eine Krabbelgruppe den Kindergarten die Schule

Hobbys, Lieblingsfilm, Lieblingsspielzeug _____

Erziehungsberechtigt Mutter Vater beide

Kontaktdaten des Hauptversicherten (Elternteil)

Name _____ Vorname _____

Geburtstag _____ Geburtsort _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil* _____

E-Mail* _____

Beruf* _____ Arbeitgeber* _____

*freiwillige Angabe





Versicherung

- Gesetzlich Privat Name der Versicherung _____
 Beihilfeberechtigt
 Zusatzversicherung* Name der Zusatzversicherung* _____
 Pflegegrad (§15 SGB XI) **Wenn ja, welcher?** 1 2 3 4 5
 Eingliederungshilfe (§53 SGB XII) *freiwillige Angabe

Kinderarzt

Name & Anschrift _____

Kieferorthopäde oder weitere mitbehandelnde Ärzte

Name & Anschrift _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

Leidet Ihr Kind unter folgenden Krankheiten?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| Herzerkrankungen,
-fehler, -geräusche | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> | Geistige Behinderung/
Entwicklungsstörung | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | Schwerbehindertenausweis/
Pflegegrad/Rollstuhl | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> |
| Herzpass seit _____ | | Hörprobleme / Taubheit | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> |
| Asthma/
Lungenerkrankungen | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> | Sehschwäche / Blindheit | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankungen | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> | Lernschwäche / AD(H)S | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> |
| Lebererkrankungen | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> | Besonderheiten in der
Schwangerschaft
(OP, Medikamente, Erkrankungen) | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> |
| Infektionskrankheiten
(z.B. Hepatitis, TBC, HIV) | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> | Wenn ja, welche? _____ | |
| Diabetes mellitus | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> | Besonderheiten unter
der Geburt | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> |
| Stoffwechselkrankheiten | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> | Wenn ja, welche? _____ | |
| Blutgerinnungsstörung | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> | Allergien/
Unverträglichkeiten | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> |
| Erkrankungen des Blutes | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> | Wenn ja, welche? _____ | |
| Epileptische Anfälle,
Fieberkrämpfe | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> | Allergiepass | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> |
| Sprachprobleme | JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> | | |



Allgemeine Gesundheitsfragen

Hat Ihr Kind Tetanus- und andere Kinderimpfungen erhalten (Impfpass)? JA NEIN

Hat ihr Kind sonstige Krankheiten? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamenten ein? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Zahnärztliche Gesundheitsfragen

Waren Sie mit Ihrem Kind bereits beim Zahnarzt? JA NEIN

Wenn ja, wann und wo? _____

Warum?

- Kontrolle Schmerzen
 Sonstiges _____

Hatte Ihr Kind **Zahnarztangst** oder bereits ein **negatives** Erlebnis beim Zahnarzt? JA NEIN

Hatte Ihr Kind bereits einen **Unfall/Verletzung** an den Zähnen? JA NEIN

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich **geröntgt**? JA NEIN

Wenn ja, wann und wo? _____

Befindet sich Ihr Kind in **kieferorthopädischer Behandlung**? JA NEIN

Ihr Kind ist uns wichtig

Hat Ihr Kind aktuell **Zahnschmerzen**? JA NEIN

Erwarten Sie bei der Behandlung Ihres Kindes **Probleme**? JA NEIN

Was sollen wir bei der Behandlung Ihres Kindes **besonders berücksichtigen**?

- Angst vor (Zahn-)Ärzten
 Starker Würgereiz
 Starke Schmerzempfindlichkeit
 Besonderheiten im Verhalten (hyperaktiv, schüchtern, sensibel)
 Sonstiges _____

Putzen

Putzt Ihr Kind **selbstständig** Zähne? JA NEIN

Wie oft putzt Ihr Kind **täglich** Zähne? _____

Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach? JA NEIN

Womit putzt Ihr Kind seine Zähne?

- Handzahnbürste
 elektrische Zahnbürste
 Sonstiges (z.B. Fingerling) _____



Flouride

Benutzt Ihr Kind **fluoridhaltige Zahnpasta**? JA NEIN

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind? _____

Benutzt Ihr Kind **fluoridhaltiges Speisesalz**? JA NEIN

Benutzt Ihr Kind **Fluoridtabletten**? JA NEIN

Ernährung

Wird/wurde Ihr Kind gestillt? JA NEIN

Wenn ja, wie lange? _____

Darf Ihr Kind **zuckerhaltige Lebensmittel** zu sich nehmen? JA NEIN

Wenn ja, wie oft am Tag? _____

Was? _____

Hat Ihr Kind aus der **Nuckelflasche** getrunken? JA NEIN

Wenn ja, was? _____

Mein Kind trinkt noch aus der Flasche

Welche Getränke geben Sie Ihrem Kind zum Durststillen?

Wasser/ungesüßter Tee

Gesüßter Tee Saft/Saftschorle

Milch/Milchprodukte

Limonaden/Softdrinks/Eistee

Sonstiges _____

Habits

Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten?

Daumenlutschen

Lispeln

Zungen-/Wangenpressen

Lippenbeißen

Gebrauch eines Schnullers

Dauerhaft offener Mund

Dauerhafte Mundatmung

Zähneknirschen/-pressen

Gern möchten wir etwas über **Ihr eigenes Verhältnis zu zahnärztlichen Behandlungen** erfahren.

Haben Sie als Eltern **Angst** vor dem Zahnarztbesuch? JA NEIN

Gehen Sie regelmäßig zur **Vorsorgeuntersuchung**? JA NEIN

Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie **Zahnschmerzen** haben? JA NEIN

Haben Sie selbst schon an einem **Prophylaxe-Programm** teilgenommen? JA NEIN

Recall-Service

Ich möchte an die nächste Vorsorgeuntersuchung sowie an medizinisch notwendige Behandlungstermine meines Kindes erinnert werden.

Per SMS Mail Telefon

Terminvereinbarungen

Um Wartezeiten vorzubeugen, sind Termine exklusiv für unsere kleinen Patienten reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte, sofern möglich, **mindestens 24 Stunden vorher**.

Terminvereinbarungen

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? *

Einwilligung

zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

- Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der personenbezogenen Daten meines Kindes für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Terminen und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Die Daten können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkasse, mitbehandelnde Zahnärzte, andere Einrichtungen des Gesundheitswesens oder medizinische Dienstleister) übermittelt werden.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Erklärung

Ich habe den Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r *

* Grundsätzlich ist die Unterschrift beider Elternteile einzuholen. Die Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten bestätigt, dass ihr/ihm das alleinige Sorgerecht zusteht bzw. dass sie/er im Einverständnis mit dem nicht anwesenden Elternteil handelt.