

Zähne putzen nicht vergessen!!!

Liebe Patienten, liebe Eltern, geputzte Zähne sind dem Zahnarzt gegenüber nicht nur eine Höflichkeit. Wir können nichts untersuchen, was wir nicht sehen. Zahnbelag und verstopfte Zwischenräume verdecken mögliche Schäden. Müssen wir die Behandlung unterbrechen, damit der Patient die Zähne putzen kann, rücken die nächsten Patienten vor und Sie müssen mit erweiterten Wartezeiten rechnen. Dafür bieten wir Ihnen in der Praxis gerne Zahnbürste und Creme zum Kauf an.



AUFNAHMEBOGEN für privat versicherte Kinder & Jugendliche

1. PERSÖNLICHE DATEN DES PATIENTEN

Name Vorname

männlich weiblich geboren am

Erziehungsberechtigt Mutter Vater beide

Sonstige

Versichert über Mutter Vater geboren am

Name Vorname

Strasse: Nr.

PLZ Ort

Telefon e-Mail

Krankenversicherung
 Basistarif zusätzlich versichert Beihilfe

Name des Kinderarztes

Was ist der Grund des heutigen Besuchs?

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein Wann zuletzt?

Wie verliefen bisherige Zahnarztbehandlungen?

Name des Zahnarztes

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Name des Kieferorthopäden

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? Ja Nein

Hat Ihr Kind schon einmal eine Betäubungsspritze bekommen? Ja Nein

2. ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Beschwerden:

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Hör- oder Sehprobleme
<input type="checkbox"/> Spastik	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Erkrankung des Blutes
<input type="checkbox"/> genetische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Hyperaktivität	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung
<input type="checkbox"/> geistige Verzögerung	<input type="checkbox"/> Tumore	<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> Unfälle im Mund- oder Gesichtsbereich
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> AD(H)S	<input type="checkbox"/> Rheuma / rheumatisches Fieber
<input type="checkbox"/> Erkrankung des Blutes	<input type="checkbox"/> Zahnarztangst		

Hat oder hatte Ihr Kind Infektionen? Hepatitis Tuberkulose HIV MRSA (Krankenhauskeim)

Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? Latex Soja Nuss Sonstige

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein

Hat Ihr Kind einen angeborenen oder erworbenen Herzfehler? Ja Nein

Hatte Ihr Kind eine Herzoperation? Ja Nein

Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein Wenn ja, welche?



3. ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN UND SONSTIGES

Was **trinkt** Ihr Kind?

Tee mit Zucker	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Tee ohne Zucker	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Milch	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Kakao	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Fruchtsaft	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Cola, Limo, etc.	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Wasser	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Schorlen	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie

Was **isst** Ihr Kind?

Belegte Brote mit ... Marmelade / Nutella	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
... Käse / Wurst	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Müsli	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Cornflakes	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Obst / Gemüse	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Schokolade	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Chips, Kräcker, etc.	<input type="checkbox"/> morgens	<input type="checkbox"/> mittags	<input type="checkbox"/> abends	<input type="checkbox"/> zwischendurch	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie

Welche warmen Speisen isst Ihr Kind?

<input type="checkbox"/> Fleisch	<input type="checkbox"/> Geflügel	<input type="checkbox"/> Fisch	<input type="checkbox"/> Gemüse	<input type="checkbox"/> Salat	<input type="checkbox"/> Rohkost	<input type="checkbox"/> Fertiggerichte
<input type="checkbox"/> Tiefkühlgerichte	<input type="checkbox"/> Mensa-Essen	<input type="checkbox"/> Instantgerichte	<input type="checkbox"/> Pizza	<input type="checkbox"/> Pommes Frites		
<input type="checkbox"/> Burger	<input type="checkbox"/> Nudeln	<input type="checkbox"/> Konserven				

.....

Wie lange wurde ihr Kind gestillt? Monate wird immer noch gestillt

Wie lange hat ihr Kind aus der Flasche getrunken? Jahre Trinkt immer noch

Lutschgewohnheiten Schnuller Daumen Sontiges

4. MUNDHYGIENE-ANAMNESE

Wer putzt die Zähne? Kind selbst Kind mit Eltern-Hilfe Nur Eltern

Wann werden die Zähne geputzt?

<input type="checkbox"/> Vor dem Frühstück	<input type="checkbox"/> Nach dem Mittagessen	<input type="checkbox"/> Kurz vor dem zu Bett gehen
<input type="checkbox"/> Nach dem Frühstück	<input type="checkbox"/> Sofort nach dem Abendessen	

Womit werden die Zähne gereinigt? Hand-Zahnbürste Elektr. Zahnbürste Zahnseide

Erhält Ihr Kind Fluorid? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form?

<input type="checkbox"/> Fluorid-Tabletten (Fluoretten)	<input type="checkbox"/> Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gel)
<input type="checkbox"/> Fluoridiertes Speisesalz	<input type="checkbox"/> Fluoridierung beim Zahnarzt
<input type="checkbox"/> Fluoridierte Zahnpasta	

5. DIALOG

Dürfen wir Sie bei interessanten Neuigkeiten per E-Mail kontaktieren? Ja Nein

Sie können jederzeit diese Erlaubnis widerrufen.

Möchten Sie von uns eine schriftliche Erinnerung erhalten, wann der nächste Besuch bei uns ansteht? Ja Nein

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

6. VEREINBARUNG ZUR RECHNUNGSSTELLUNG

Als privat Krankenversicherter ist mir bekannt, dass meine Versicherung Kosten nur im Rahmen meines abgeschlossenen Tarifes übernimmt. Mir ist bekannt, dass meine Zahnärztin die Liquidation ausschließlich nach der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte und ergangenen Urteilen, nicht aber mit Einschränkungen durch Versicherungstarife oder Beihilfebestimmungen erstellen darf. Mir ist bekannt, dass meine Zahnärztin die Liquidation nach Zeit- und Arbeitsaufwand erstellt. Möglicherweise wird mein Kostenerstatter, je nach Versicherungstarif, nicht alle Kosten übernehmen. Ich verpflichte mich, eine gebührenkonforme Rechnung ohne Abzug zu bezahlen, ungeachtet von Reduktion durch meine Versicherung / Beihilfestelle. Mir ist bewusst, dass diese Vereinbarung für jeden anfallenden Behandlungsfall volle Gültigkeit hat.

7. HINWEIS ZUR TERMINEINHALTUNG

Wir sind eine spezialisierte Kinderzahnarztpraxis. Die vereinbarten Termine werden speziell für Ihr Kind freigehalten. Während dieser Zeit wird kein anderer Patient behandelt. Für die Behandlung Ihres Kindes nehmen wir uns ausreichend viel Zeit. Wir bitten Sie daher im Verhinderungsfall so schnell wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Wir weisen daraufhin, dass bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage (24 h vorher), ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,- € geltend gemacht wird, falls dieser Termin nicht anderweitig vergeben werden kann (nach § 615 BGB). Im Falle des nicht selbst verschuldeten Nichterscheinens entfällt das Ausfallhonorar bei entsprechendem Nachweis.

Essen, den
 Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATEN- VERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Praxis Susanne Mau
Ruhrtalstrasse 17a, 45239 Essen
Tel: 0201-4902008 – Email: info@zahnmaus.com

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen (z.B. DZR) sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragte für Datenschutz
und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 38424-0
Telefax: 0211 38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de
Homepage: <http://www.ldi.nrw.de>

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Susanne Mau – Ruhrtalstrasse 17a – 45239 Essen