

Wir möchten Sie bitten Ihr Kind bei dem Zahnarztbesuch zu begleiten.



**mensch
undzahn**

Ganzheitliche
Zahnmedizin

Gesundheits-Fragebogen bis 18 Jahren

Liebe Eltern unserer kleinen und mittelgroßen Patientinnen und Patienten, wir begrüßen Sie und Ihr Kind herzlich in unserer Praxis. Da allgemeine Erkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und der aktuellen DSGVO (Näheres hierzu bitte ab Seite 4). Herzlichen Dank. Bei Fragen sprechen Sie uns gern an.

Ihr Team von **Mensch und Zahn**.

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon *
Straße	
PLZ, Wohnort	

Angaben zur / zum Versicherten

Bitte nur ausfüllen, wenn Patientin / Patient in einer Familienversicherung mitversichert ist.

Titel/Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon *
Straße	E-Mail *
PLZ, Wohnort	Beruf *

Angaben zur / zum Erziehungsberechtigten

Falls abweichend zur / zum Versicherten:

Titel/Name	Telefon *
Vorname	
Straße	
PLZ, Wohnort	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (z. B. Netzwerk, Internet, persönliche Empfehlung, Social Media)?

Wenn persönliche Empfehlung, von wem?

* freiwillige Angabe

Angaben zur Versicherung *

Name der Krankenkasse _____

☐ gesetzlich versichert ☐ Zahn-Zusatzversicherung ☐ privat versichert ☐ freiwillig versichert

Die Gesundheitssituation Ihres Kindes

Um Risiken im Vorfeld der Behandlung einschätzen zu können, beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu dem Gesundheitszustand Ihres Kindes bitte möglichst genau.

Allgemeinmedizin

Kinderarzt (Name und Adresse) *

Allergien (z. B. Pflaster, Modeschmuck) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Tumorerkrankung ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Herzerkrankung ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht ein Pflegegrad? ☐ ja ☐ nein

Endokarditisprophylaxe ☐ ja ☐ nein

(vorbeugende mediz. Maßnahmen
zur Verhinderung einer infektiösen
Herzinnenhaut-Entzündung)

Sonstige Krankheiten ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner) ☐ ja ☐ nein

Diabetes ☐ ja ☐ nein

Rheuma ☐ ja ☐ nein

Rheumatisches Fieber ☐ ja ☐ nein

Lungenerkrankung (Asthma) ☐ ja ☐ nein

Schilddrüsenerkrankung ☐ ja ☐ nein

Nierenerkrankung ☐ ja ☐ nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind ☐ ja ☐ nein

Nahrungsergänzungsmittel ein?

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheit (z. B. Röteln, Masern,
MRSA, Tuberkulose, Hepatitis) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt/Nahm Ihr Kind Fluoretten ein? ☐ ja ☐ nein

Zahnmedizin *

Was ist Ihr Anliegen (z. B. Beratung, Zweitmeinung,
Prophylaxe, Kontrolluntersuchung)?

Gab es bei zahnärztlichen ☐ ja ☐ nein
Behandlungen Probleme?

Wenn ja, welche? _____

Vorbehandelnder Zahnarzt (Name)

* freiwillige Angabe

Die Zahngesundheit Ihres Kindes

Allgemeines

War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt? ☐ ja ☐ nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Prophylaxetermin? ☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Kind eine Zahnspange? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wer ist der Kieferorthopäde?

Mundhygiene

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne am Tag?

- ☐ weniger als einmal
☐ ein - bis zweimal
☐ _____ - mal

Benutzt Ihr Kind eine fluoridhaltige Zahnpasta? ☐ ja ☐ nein

Reinigt Ihr Kind die Zahnzwischenräume? ☐ ja ☐ nein

Ernährung

Wie oft isst Ihr Kind Süßigkeiten?

Was trinkt Ihr Kind?

Funktion

Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Kind sonstige Angewohnheiten? ☐ ja ☐ nein

- ☐ Zungenbeißen ☐ Zungenpressen
☐ Wangenbeißen ☐ Wangensaugen

An Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht abgesagten Terminen werden Ihnen die Ausfallzeiten (40,- bis 160,- Euro) in Rechnung gestellt.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben auf den Seiten 1 bis 3 sowie die Kenntnisnahme der Ausfallgebühr mit Ihrer Unterschrift. **Herzlichen Dank.**

Ort, Datum

Unterschrift

bei Minderjährigen: Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Kinder,
im Rahmen der Behandlung Ihres Kindes müssen wir Daten zu Ihrer Person und Daten von Ihrem Kind erheben, sowie Ihrem Versicherungsstatus und zum Gesundheitszustand des Kindes. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, nachfolgend die Informationen:

Name und Kontaktdaten des für die Verarbeitung Verantwortlichen sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten gemäß Artikel 4 Abs. 7 DSGVO.

Diese Datenschutz-Information gilt für die Datenverarbeitung durch / verantwortlich ist:

Berufsausübungsgemeinschaft
Dr. med. dent. Patrick Wende,
Dr. med. dent. Marc Bunge
Ronnenberger Straße 18
30952 Ronnenberg
Telefon (05 11) 2 62 00 24
Telefax (05 11) 2 62 00 27
E-Mail: praxis@menschundzahn.de

Sie erreichen unseren zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: micfra@micfra.net

Personenbezogene Daten von Ihrem Kind und Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z. B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin ausmachen wollen. Erscheint Ihr Kind zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie des Kindes erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- persönliche Angaben von Ihrem Kind und Ihnen (z. B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus);
- Gesundheitsdaten vom Kind (Anamnese, Befunde, Therapie)

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln.

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir Ihre und / oder die Ihres Kindes persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten.

Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO).

Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre.

Um Ihnen einen optimalen Service zu bieten, bitten wir Sie um folgende Einwilligungen.

☐ Ich stimme der Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten für den Zweck eines **Recall-Systems** zur zahnmedizinischen Prävention (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO) zu.

Die Erinnerung soll erfolgen (bitte ankreuzen): ☐ Mail ☐ SMS ☐ Anruf

☐ Ich stimme der Weitergabe von Personen- und Gesundheitsdaten von meinem Kind für den Zweck der Weiterbehandlung bei anderen Ärzten und Zahnärzten, Heilpraktikern, Therapeuten des Gesundheitswesens, medizinischen Laboren und Zahnlaboren zu (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

☐ Ich stimme der Weitergabe von Personen- und Gesundheitsdaten von meinem Kind für den Zweck der Abrechnung der Behandlung bei unserer externen Abrechnungsmitarbeiterin zu (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung per Mail oder mündlich in unserer Praxis zu widerrufen.
Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren. Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen erreichen Sie unter:
Barbara Thiel, Postfach 221, 30002 Hannover

Ort, Datum

Unterschrift

bei Minderjährigen: Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten