

Allgemeine Anamnese:

Herz/Kreislaufkrankungen:

- Herzfehler
 - Herzrhythmusstörungen
 - Herzschwäche
 - Hat Ihr Kind einen Herzpass?
 - Zu hoher Blutdruck
 - Zu niedriger Blutdruck
 - Ohnmachtsanfälle
- Sonstiges: _____

Bluterkrankungen:

- Hämophilie (Bluter)
 - Anämie (Blutarmut)
- Sonstiges: _____

Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
 - Nierenerkrankungen
 - Lebererkrankungen
 - Magen-Darm-Erkrankungen
 - Schilddrüsenkrankungen
- Sonstiges: _____

Erkrankungen des Nervensystems:

- Anfallsleiden (Epilepsie)
 - Krämpfe
- Sonstiges: _____

Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten:

- Allergien
- Welche? _____
- Asthma
 - Heuschnupfen
 - Natriumbicarbonat
 - Glycin
 - Latex
 - Penicillin
 - Sonstige Medikamentenunverträglichkeiten

Hat ihr Kind einen Allergiepass? Ja Nein

Infektionskrankheiten

- Hepatitis A oder B
 - Tuberkulose
 - Chronische Atemwegserkrankungen
 - HIV / Aids
- Sonstiges: _____

Frühere Krankenhausaufenthalte?
Wenn ja, wann und weshalb:

Ist ihr Kind z.Zt. in ärztlicher (nicht zahnärztl. Behandlung?)
Wenn ja, warum?

Arzt: _____

Nimmt ihr Kind regel. Medikamente ein?
Wenn ja, welche:

Zahnärztliche Anamnese:

Erster Zahnarztbesuch mit _____ Jahren.

Zahnarterfahrungen des Kindes

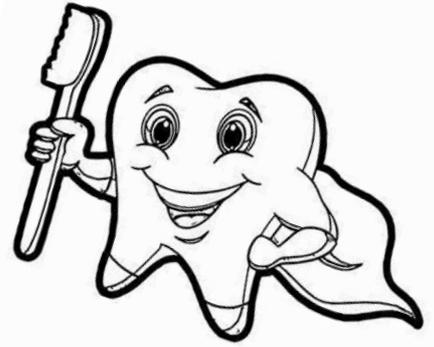
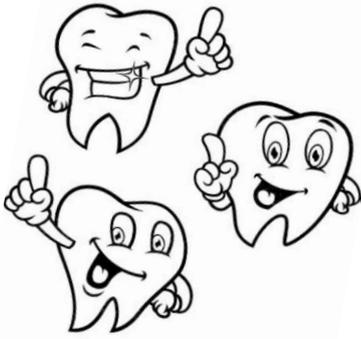
- gut mittel schlecht keine Erfahrung

Mund-Kiefer – OP's / Unfälle

- Frontzahntrauma
 - Operationen im Mund-Kiefer-Gesicht
- Wann? Warum?

Kieferorthopädische Behandlung

- Mutter Vater Geschwister Patient



Ernährungsgewohnheiten:

Was isst und trinkt Ihr Kind am meistens zum Frühstück?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Müsli | <input type="checkbox"/> Tee gesüßt |
| <input type="checkbox"/> Brot | <input type="checkbox"/> Tee ungesüßt |
| <input type="checkbox"/> Käse/Wurst | <input type="checkbox"/> Kakao |
| <input type="checkbox"/> Joghurt | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Saft / Schorle |
| <input type="checkbox"/> Nutella | <input type="checkbox"/> Mineralwasser |
| <input type="checkbox"/> Marmelade | <input type="checkbox"/> Limonade |
| <input type="checkbox"/> Honig | |
| Sonstiges: _____ | Sonstiges: _____ |

Was gibt es auf den Tag verteilt meistens als Zwischenmahlzeiten?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Belegtes Brot | <input type="checkbox"/> Kuchen |
| <input type="checkbox"/> Obst / Rohkost | <input type="checkbox"/> Chips |
| <input type="checkbox"/> Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Was trinkt ihr Kind im Laufe des Tages?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wasser | <input type="checkbox"/> Kakao |
| <input type="checkbox"/> Limonade | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> Saft / Schorle | <input type="checkbox"/> Tee gesüßt |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> Tee ungesüßt |

Überlassen Sie Ihrem Kleinkind die Flasche zum Dauernuckeln?

- Tags Nachts

Inhalt: _____

Was isst und trinkt Ihr Kind meistens zum Abendessen?

Mundhygienegewohnheiten:

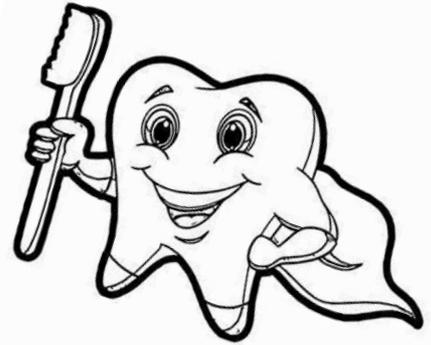
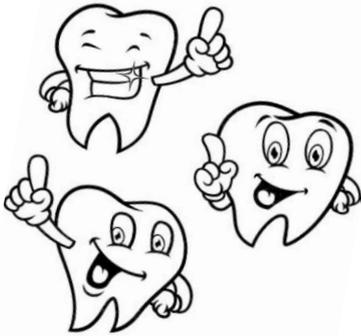
Wie oft putzt sich ihr Kind die Zähne?

- gar nicht 1-mal tägl. 2-mal tägl. 3-mal tägl. Mehr als 3-mal tägl.

Wann werden die Zähne üblicherweise geputzt?

- morgens mittags abends vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

Wie lange werden die Zähne in der Regel geputzt: _____



Wer putzt die Zähne:

- Mutter Vater Kind Kind mit Unterstützung der Eltern

Individuelle Fluoridmaßnahmen:

- Fluoridiertes Speisesalz Kinderzahnpaste Erwachsenenzahnpaste Fluoridtabletten

Lutschgewohnheiten:

- Daumen (Bis _____ Lebensmonat)
 Finger (Bis _____ Lebensmonat)
 Schnuller (Bis _____ Lebensmonat)

Flasche / Brust:

- Stillen (Bis _____ Lebensmonat)
 Milchflasche (Bis _____ Lebensmonat)

Wenn ja: nachts tags

Nützliche Zusatzinformationen:

Um einen Bezug zu Ihrem Kind herstellen zu können, sind Hintergrundinformationen oft hilfreich.

Lieblingsfarbe: _____

Lieblingsspielzeug: _____

Lieblingsbuch: _____

Lieblingsspeisen: _____

Lieblingsschulfach: _____

Die/Der beste/r Freund/in: _____

HINWEIS ZU UNSERER ORGANISATION

Unser Ziel ist es, Ihnen eine Behandlung mit einer individuellen Beratung ohne lange Wartezeiten anzubieten. Sollten Sie jedoch einmal länger warten müssen, bitten wir Sie um Ihr Verständnis.

Leider ist es trotz genauester Planung nicht immer möglich, auftretende Notfälle vorherzusehen oder eine länger dauernde Behandlung einzukalkulieren.

Wir bitten Sie höflichst, vereinbarte Termine bei uns einzuhalten oder diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Vielen Dank für ihr Verständnis.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis Dr. Weskott

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. **Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind.**

Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist Herr Dr. Marvin Weskott

Kontaktdaten: Reinickendorfer Str. 3, 58642 Iserlohn, 02374/2500, info@zahnarzt-weskott.de

1. Recall	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per [SMS oder Mail] 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung.
2. Abrechnung über externe Dienstleister	Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.
3. Fremdlabor	Unsere Praxis arbeitet gegebenenfalls mit einem Fremdlabor (Dental Labor Prünthe, Wasserstr. 25 in 59423 Unna) zusammen. Dort wird Ihr Name, Vorname und Geburtsdatum für die Abrechnung weitergegeben.
4. Zusendung	Unsere Praxis sendet Kosteninformationen, sowie die Privatliquidation per Post oder Mail an die von Ihnen angegebene Anschrift.
5. Datenweitergabe an Dritte (z.B. Röntgenaufnahmen)	Ihre persönlichen Daten werden auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Rezept, Heilmittelverordnung, Bescheinigung an Arbeitgeber sowie Schulen, Überweisung an Ärzte notiert. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, sowie Röntgenaufnahmen und Röntgenbefunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Physiotherapeuten, 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. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Marvin Weskott und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Datum, Unterschrift (Patient/ bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

