



Willkommen in unserer Praxis!

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

***Liebe Eltern,** um eine adäquate Behandlung Ihres Kindes zu ermöglichen, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen. Die Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen nur dazu die Behandlung entsprechend des Gesundheitszustandes Ihres Kindes durchzuführen.*

Änderungen bitten wir mitzuteilen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Befindet sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wo? _____

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

- Leidet Ihr Kind an Allergien? (Jod, Penicillin...) ja nein

Wenn ja, welche? _____

- Leidet Ihr Kind an einer der nachfolgenden Erkrankungen?

Infektionskrankheiten (HIV, Tuberkulose, Hepatitis...) ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Blutungsneigung ja nein

Asthma ja nein

Diabetes ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

- Anfallsleiden (Epilepsie...) ja nein
- Herzerkrankungen (ggf Welche?) _____ ja nein
- Schnarcht Ihr Kind? ja nein

 - Lutscht Ihr Kind am Daumen oder nuckelt? ja nein
(wenn ja, wann? zur Beruhigung wenn es müde ist nur nachts zum Einschlafen)
 - Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? gar nicht manchmal 1 x tägl. 2-3 x tägl.
 - Wer putzt die Zähne? Eltern Kind Eltern und Kind
 - Womit putzen Sie? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
 - Welche Zahnpasta verwenden Sie? keine fluoridfreie Kinderpaste für Erwachsene
 - Bekommt Ihr Kind Flouridtabletten oder fluoridiertes Speisesalz? ja nein
 - Wurde Ihr Kind gestillt? ja nein
 - Woraus trinkt Ihr Kind? Tasse Becher mit Trinkaufsatz Flasche
 - Welche Getränke bekommt Ihr Kind? Wasser Tee gesüßte Getränke Saft
 - Welche Hobbies hat Ihr Kind? _____
 - Lieblingsfarbe, Lieblingstier, Lieblingsspielzeug? _____

Für Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Behandlung nur, mit Einwilligung eines Erziehungsberechtigten möglich. (Außer im akuten Schmerzfall)

Vor- u. Nachname des Erziehungsberechtigten _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift / Telefonnr.: _____

Einwilligung zur Behandlung des Kindes: _____ Datum: _____

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO: Im Rahmen der Behandlung werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b EU-DSGVO notwendig. Ohne dies ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Daten, sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2h EU-DSGVO folgt. Gemäß EU-DSGVO Datenschutzgrundverordnung willige ich hiermit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein.

Datum: _____

Unterschrift: _____