

Gesundheitsfragebogen – für Kinder

Für eine an den Gesundheitszustand Ihres Kindes optimal angepasste zahnärztliche Behandlung, benötigen wir von Ihnen einige Informationen.

Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Das
Mundwerk

Praxis für
Zahnheilkunde &
Oralchirurgie



Name, Vorname Kind: _____

geb.: _____

Krankenkasse: _____ privat versichert: _____

Mutter: _____ geb.: _____

Vater: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Tel. mobil: _____

Beruf der Eltern: _____

Wohnanschrift des Versicherten (Vater / Mutter): _____

Betreuender Kinderarzt / Arzt: _____

Betreuender Kieferorthopäde (KFO): _____

Ich bin damit einverstanden, per SMS an die Termine meines Kindes erinnert zu werden:

ja (bitte oben Mobilfunknummer angeben) nein

RECALL

Ich möchte an die **halb-jährlichen** Kontrolltermine meines Kindes erinnert werden:

ja nein (per Post)

Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich/eMail an die Praxis widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mit ist bekannt, dass mein Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

> WICHTIGE HINWEISE ZUR ORGANISATION <

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens **24 Stunden** vorher ab.

Datenschutz

X

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Ich erkläre mich hiermit mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes einverstanden.

Sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (DSGVO). Die Infos dazu finden Sie im Wartebereich.

GESUNDHEITSFRAGEN

Warum besuchen Sie uns? Kontrolle Schmerzen

Ist Ihr Kind derzeit gesund? ja nein

Ist Ihr Kind geimpft? ja nein

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? _____

Liegen Herzerkrankungen vor? (z. B. Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges) ja nein

Gibt es eine Stoffwechselerkrankung?
(z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Nierenerkrankung) ja nein

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen des Nervensystems?
(z.B. Krampfleiden, Epileptische Anfälle, Sonstiges) _____ ja nein

Liegt eine Bluterkrankung vor? (z.B. Blutarmut – Anämie, Bluter, Sonstiges) ja nein

Hat Ihr Kind eine Allergie? Wenn ja, welche? _____

Hat(te) Ihr Kind eine Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV o. ä.) ja nein

Sonstiges: _____

Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt? ja nein

Hatte Ihr Kind bereits einen Zahnunfall? ja nein

Lutscht Ihr Kind oder hat es gelutscht? (z. B. Schnuller, Daumen) ja nein

Erhält Ihr Kind Fluoride? (z. B. Speisesalz, Zahnpasta, Tabletten, o. ä.) ja nein

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne? _____

Putzt es allein oder putzen Sie nach? _____

Hat das Kind Geschwister? _____

Geht Ihr Kind in die Kinderkrippe Kindergarten Schule?

Was mag es gern? (Hobbies, Filme...) _____

Hat Ihr Kind ein Lieblingsspiel / Spielzeug? _____

Hiermit versichere ich, dass ich im Einvernehmen des zweiten Erziehungsberechtigten einwillige.

Moosburg, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter:  _____