GESUNDHEITSFRAGEBOGEN KINDER

DR. MIRIAM PIRR
ZAHNÄRZTIN

	PATIENT / IN		ERZIEHUNGSBERECHTIGTE / R
Name, Vorname		Name, Vorname	
Geburtsdatum / Ort		Geburtsdatum / Ort	
Straße		Straße	
PLZ / Ort		PLZ / Ort	
Telefon Privat*		E-Mail*	
Telefon Mobil*		Beruf*	
Kinderarzt			

Sorgerecht
- ◯ Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.
- ◯ Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
- ◯ Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Neben Ihren Personalien benötigen wir auch Angaben über den Gesundheitszustand und über die Ernährungsgewohnheiten des Patienten bzw. Ihres Kindes, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN — **ja | nein**

1 Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung oder gibt es andere Besonderheiten? (Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten, etc.) ◯ | ◯
Wenn ja, welche? _____

2 Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ◯ | ◯
Wenn ja, welche und weshalb? _____

3 Hat oder hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt? ◯ | ◯
Wenn ja, bitte ausführen. _____

4 Falls Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt wurde: Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?
- ◯ kooperativ ◯ verweigernd
- ◯ ängstlich, aber die Behandlung war möglich

5 Lutscht Ihr Kind an Daumen / Schnuller oder hat dies früher getan? ◯ | ◯
- ◯ Früher, bis zum _____ Lebensmonat.

6 Wie oft putzt Ihr Kind täglich seine Zähne?
- ◯ einmal ◯ zweimal ◯ dreimal

7 Wie putzt Ihr Kind sich die Zähne?
- ◯ alleine ◯ mit Hilfe der Eltern
- ◯ nur durch die Eltern

8 Welche Zahnpasta verwenden Sie? Ist in dieser Fluorid enthalten?
- ◯ Kinderzahnpasta ohne Fluorid
- ◯ Kinderzahnpasta mit Fluorid
- ◯ Juniorzahnpasta
- ◯ Erwachsenenzahnpasta

9 Wurden Fluoridtabletten verabreicht? ◯ | ◯
Wenn ja, wie lange?
Bis zum _____ Lebensmonat.

10 Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ◯ | ◯

11 Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken? ◯ | ◯
Wenn ja, wie lange?
Bis zum _____ Lebensmonat.

* freiwillige Angaben

WEITERE FRAGEN

ja | nein

12 Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? ◯ | ◯

- ◯ Bis zum _____ Lebensmonat.
- ◯ Wird immer noch gestillt.

13 Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf? Bitte Zutreffendes ankreuzen:

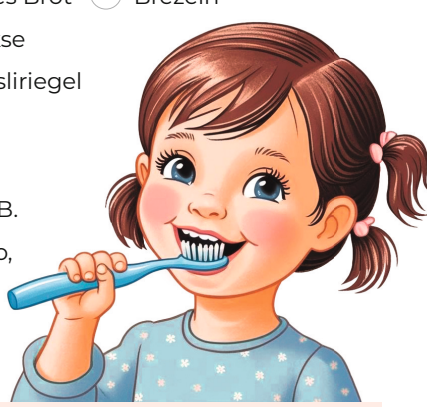
- ◯ Leitungswasser ◯ Mineralwasser
- ◯ aromatisiertes Wasser ◯ ungesüßten Tee
- ◯ gesüßten Tee ◯ Eistee ◯ Instanttee
- ◯ Fruchtsaft ◯ Fruchtsaftschorle ◯ Cola
- ◯ Limonade ◯ Milch ◯ Kakao
- ◯ Sportgetränk (Isotonische Getränke)

14 Wie viele Mahlzeiten isst Ihr Kind am Tag?

Ungefähr _____ am Tag.

15 Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit? Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- ◯ Obst ◯ Gemüse ◯ Kaugummi
- ◯ Joghurt ◯ belegtes Brot ◯ Brezeln
- ◯ Reiswaffeln ◯ Kekse
- ◯ Kuchen ◯ Müsliriegel
- ◯ Chips / Salzstangen
- ◯ Fruchtschnitten
- ◯ Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers, usw.)



ANÄSTHESIE-AUFKLÄRUNG

Bei einer örtlichen Betäubung (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie) können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden (auch dauerhaft), Zahnfleischschädigung. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

AUSFALLHONORAR

Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens einen Werktag vor der Behandlung abgesagt werden. Bei unvorhersehbaren Erkrankungen und Unfällen nur insoweit es dem/der Patient/in zeitnah möglich ist.
Ohne vorherige Absage berechnen wir pauschal 50 Euro Ausfallhonorar pro 30 Minuten Behandlungstermin.
Der Nachweis eines geringeren Schadens bleibt dem/der Patient/in vorbehalten.

EINWILLIGUNGEN UND HINWEISE

Falls vorhanden: Medikamentenplan, Allergiepass oder Herzpass bitte bei uns abgeben.

◯ Wir möchten an den jährlichen Vorsorge-/ Kontrolltermin erinnert werden.

◯ telefonisch ◯ per E-Mail ◯ schriftlich

◯ Ich willige ausdrücklich ein, dass die Daten meines Kindes im Bedarfsfall an vor-, mit- und nachbehandelnde Ärzte (z. B. Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Kinderärzte, Physiotherapeuten, etc.) weitergegeben werden dürfen. Diese Einwilligung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

◯ Ich habe alle Fragen gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen des Gesundheitszustandes oder der Daten meines Kindes umgehend mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

◯ Für Patienten, die der Praxis bereits bekannt sind: Ich bin damit einverstanden, dass Frau Dr. Miriam Pirr Einsicht in die Patientenakte des Vorgängers Herrn Markus Brandl nimmt.

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden.

Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Zahnarztpraxis meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) und werden streng vertraulich behandelt. Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis.

_____

Datum, Unterschrift Patient/in,
Erziehungsberechtigter oder gesetzlicher Vertreter

Dr. Miriam Pirr
Zahnärztin
Hüttenberger Str. 6
35510 Butzbach (Pohl-Göns)
Telefon 06033 718 26
praxis@dr-pirr.de
www.dr-pirr.de