

Kinderfragebogen



DR. MED. DENT. MELANIE ZICK

ZAHNÄRZTIN

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT NATURHEILKUNDE

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns gleich persönlich kennenlernen, würden wir Dich und Deine Eltern bitten, ein paar Fragen zu beantworten:

.....

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Hauptversicherter (meist über ein Elternteil versichert):

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Wohnort: _____

Tel.: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung : nein ja bei: _____

Dürfen wir Sie an die regelmäßige Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes erinnern? Ja nein

.....

Datenschutz

mir ist der Datenschutzbogen vorgelegt worden und ich willige ein

Ich wünsche die Aushändigung eines Formulars..... Ja nein

Abrechnung

Des Weiteren willige ich ein, dass die Firma Di.Dento GmbH, Tannenallee 36b, 22844 Norderstedt zur Erstellung der Abrechnung, Einsicht in meine Daten hat. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der zahnärztlichen Schweigepflicht. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgt Verarbeitung nicht berührt.

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mind. 24. Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine, auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit akuten Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen- dadurch kann es manchmal zu Verzögerungen kommen.

Bitte wenden!



Hast Du Allgemeinerkrankungen?

- Herzerkrankungen: ja nein
Diabetes (Zuckerkrankheit): ja nein
Asthma: ja nein
Blutgerinnungsstörungen: ja nein
Infektionskrankheiten: ja nein
Allergien/Unverträglichkeiten: ja nein

wenn ja, welche: _____

sonstige Erkrankungen: _____

Nimmst Du Medikamente: ja: _____ nein

Bist Du heute zum 1. Mal beim Zahnarzt: ja nein

Bist oder warst Du in kieferorthopädischer Behandlung: ja nein

(wenn ja, behandelnder KFO: _____)

Bist oder warst Du beim Logopäden in Behandlung: ja nein

(wenn ja, bei _____)

Sind Deine Zähne schonmal geröntgt worden: ja nein

Bekommst Du Fluorid ja nein

wenn ja, in Form von: fluoridierter Zahnpasta Fluoridgel
 Fluoridtabletten fluoridiertem Speisesalz

Wer putzt Deine Zähne? Kind Kind mit Elternteil Eltern

Dürfen wir Dir nach der Behandlung ein Spielzeug oder einen Luftballon mitgeben? ja nein

Norderstedt, den _____
Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten*

*Bei gemeinsamen Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben

Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der elektronischen Bearbeitung, Nutzung und Speicherung meiner Daten nach EU DSGVO, bis auf Widerruf, ausdrücklich zu. Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind auf Wunsch in der Praxis einsehbar und /oder werden mir ausgehändigt.

Sollten sich die Angaben verändern, teilen Sie uns dies bitte unaufgefordert vor Behandlungsbeginn mit! Bitte beachten Sie, dass nach lokaler Betäubung und Einnahme von Schmerzmitteln das Reaktionsvermögen verändert ist und die aktive Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigt.