

Pat. Nr. \_\_\_\_\_

**Liebe Patientin, lieber Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Wir freuen uns, dass Sie uns Besuchen und Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Sie helfen uns mit den folgenden Angaben, Ihre Behandlung optimal zu gestalten. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Punkte soll dazu beitragen, Ihre Gesundheitszustand gut beurteilen zu können und mögliche Komplikationen während der Behandlung zu vermeiden. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient**

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.Datum

**Mitglied/ Versicherter**

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb. Datum

**Anschrift**

\_\_\_\_\_  
Straße/ Hausnummer Postleitzahl Ort

**Telefon**

\_\_\_\_\_  
Privat dienstlich mobil Email

**Erziehungsberechtigte**

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.Datum Telefon

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.Datum Telefon

**Krankenkasse / Versicherung** \_\_\_\_\_

- Privat versichert  Beihilfeberechtigt  gesetzlich  
 Privat versichert – im Basistarif  Zusatzversicherung

**Kinder-/Hausarzt:** \_\_\_\_\_  
Name Ort Telefon

**Fragen zu bestehenden oder früheren Erkrankungen** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sind bei den Eltern Allergien bekannt? Worauf? \_\_\_\_\_  ja  nein

Sind beim Kind Allergien bekannt?  ja  nein

Falls ja worauf? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine der nachfolgenden Krankheiten?

- |   |                                      |  |   |                                 |
|---|--------------------------------------|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV/Aids         | <input type="checkbox"/> ADS         | <input type="checkbox"/> ADHS                    | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie        | <input type="checkbox"/> Hörstörung  | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung        | <input type="checkbox"/> Tumor          |                                 |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung  | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche          | <input type="checkbox"/> Hepatitis      |                                 |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis    | <input type="checkbox"/> Asthma      | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Leukämie       |                                 |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes    |  |   |                                 |

sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind sonst eine körperliche oder geistige Behinderung?  ja  nein

Falls ja welche? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

Hatte Ihr Kind bereits:

- Drei-Tage-Fieber  Masern  Windpocken  Scharlach

Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen?  ja  nein

Wo wurde die Narkose durchgeführt, wann und warum? \_\_\_\_\_

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt?  ja  nein

Hat Ihrem Kind dabei etwas nicht gefallen? \_\_\_\_\_

Der Grund Ihres heutigen Besuches? \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche?  ja  nein

Falls ja, welche Getränke und warum? \_\_\_\_\_

Welche Fluoridpräparate bekommt Ihr Kind?

- Fluoretten  Fluoridsalz  Fluoridgel  Zahnpasta

Verzehrt Ihr Kind viele Süßigkeiten / gesüßte Getränke?  ja  nein

Nimmt Ihr Kind den Schnuller oder lutscht es am Daumen?  ja  nein

**Recall:** Ich möchte in fest vereinbarten Zeiträumen von der Praxis benachrichtigt werden, um einen Termin für meine Vorsorgeuntersuchung und/oder medizinische Zahnreinigung (PZR) zu vereinbaren.

<input type="checkbox"/> Benachrichtigung <b>ja</b> :	<input type="checkbox"/> ½ jährlich oder <input type="checkbox"/> 1x im Jahr
<input type="checkbox"/> Benachrichtigung <b>nein</b>	

**Was ist Ihnen wichtig?**

**Wichtige Hinweise:**

**Vereinbarte Termine**

*Ihre Zeit ist kostbar, unsere auch:* Deshalb wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Wir vergeben verbindliche Termine, um Ihnen Warte- und uns Leerlaufzeiten zu ersparen. Bei entsprechenden Terminen reservieren wir Ihnen zum Teil mehrere Stunden.

Um Ihnen und uns Ärger und Kosten zu ersparen, bitten wir Sie, alle Termine pünktlich einzuhalten und diese bei Verhinderung rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Für den Fall, dass Sie vereinbarte Termine nicht rechtzeitig absagen, können wir Ihnen gegebenenfalls die uns durch den Ausfall entstandenen Kosten berechnen (gemäß §615 BGB).

**Behandlung unter Lokalanästhesie**

Bei Behandlungen in Lokalanästhesie können trotz aller Sorgfalt Störungen oder Komplikationen auftreten. Diese sind im beiliegenden Aufklärungsformular zusammengestellt.

*Das Aufklärungsformular zur Lokalanästhesie habe ich gelesen, verstanden und habe eingewilligt. Alle Fragen wurden beantwortet und mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann.*

*Mir wurde ein Exemplar der Aufklärung zur Lokalanästhesie ausgehändigt.*

**Datenschutzverordnung**

Am 28.05.2018 trat die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und das aktualisierte Bundes-Datenschutzgesetz (BDSG-neu) in Kraft. Im Rahmen der Behandlung erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt.

Die Hinweise zur Datenverarbeitung liegen zur Kenntnisnahme im Wartezimmer aus.

Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Sollten beim Ausfüllen des Fragebogens bei irgendeinem Thema Schwierigkeiten auftreten, sprechen Sie uns bitte darauf an. Je genauer wir informiert sind, desto besser können wir Sie behandeln.

***Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden und nach meinem besten Wissen beantwortet.***

**Regensburg, den \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/in ggf. gesetzlicher Vertreter/in**

Version 2	Datum 08.06.2018	Bearbeiter GeserE	Seite 2 von 2
--------------	---------------------	----------------------	---------------