



Bitte vor der Behandlung ausfüllen!

► Fragen zu Ihrem Kind:

<b>Patient</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Name	Vorname	Geburtsdatum
<b>Anschrift</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Straße u. Haus-Nr.	PLZ	Ort
<b>Krankenkasse</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		Versicherungsnehmer/Rechnungsempfänger (falls vom Patienten abweichend)	
<b>Telefon</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	privat	mobil	beruflich
<b>Email</b>	<input type="text"/>		
<b>Beruf</b>	<input type="text"/>		
<b>Ärzte</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Hausarzt	vorbehandelnder Zahnarzt	
<b>Grund Ihres Besuches</b>	<input type="text"/>		
<b>Wer hat uns empfohlen?</b>	<input type="text"/>		

Bei Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins oder Absage später als 24 Std. vor dem Termin behalten wir uns vor, die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.

► Fragen zu Vorerkrankungen:

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie um Beantwortung des folgenden Fragebogens. Bitte beachten Sie, dass die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und Ihrer eigenen Sicherheit dienen.

<b>Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?</b>	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<b>Wenn ja, welche?</b>	<input type="text"/>			

Bitte wenden .....

<b>Herz/Kreislauf:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina Pectoris <input type="checkbox"/></li> <li>• Bypass-OP <input type="checkbox"/></li> <li>• Stent <input type="checkbox"/></li> <li>• Herzschrittmacher <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/></li> <li>• Herzschwäche (Insuffizienz) <input type="checkbox"/></li> <li>• Erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>Blut:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Pradaxa, Xarelto) <input type="checkbox"/></li> <li>• Störung der Blutgerinnung / Blutungsneigung <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<b>Lunge:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthma <input type="checkbox"/></li> <li>• Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/></li> <li>• Tuberkulose <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<b>Stoffwechsel:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/></li> <li>• Lebererkrankung <input type="checkbox"/></li> <li>• Osteoporose <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schilddrüsenerkrankung: Überfunktion/Unterfunktion <input type="checkbox"/></li> <li>• Nierenerkrankung <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>Nervensystem:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilepsie <input type="checkbox"/></li> <li>• Depressionen <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<b>Allergien:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamenten-Allergie <input type="checkbox"/></li> <li>• Penicillin-Allergie <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Latex-/Gummi-Allergie <input type="checkbox"/></li> <li>• Liegt ein Allergiepass vor? <input type="checkbox"/></li> </ul>

► Gleich ist es geschafft . . .

	Ja	Nein
Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an Infektionskrankheiten? (HIV, AIDS, Hepatitis B/C, MRSA/MRGN etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ist Ihr Kind zu den Mahlzeiten?		
Lieblingsessen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Fluoride zugeführt? Wenn ja, in welcher Form?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind gerne Süßigkeiten? Wieviel pro Tag?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieblingsbeschäftigung? Lieblingsfarbe?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind soll regelmäßig über mich an seinen Kontrolltermin erinnert werden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altenoythe, den

Unterschrift  
(bei Sorge-/Erziehungsberechtigten gesetzliche(r) Vertreter(in))



## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. DSGVO

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße u. Haus-Nr.

PLZ

Ort

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

***der Patienten-, Befund-, Röntgen, Foto- und Abrechnungsdokumentation, konsiliarischen Austauschs mit Kollegen und MKG-/Oralchirurgen sowie labormedizinischer Untersuchungen per Fon, Fax o. E-Mail sowie ggf. Weitergabe Ihrer Daten (bei Privatleistungen) an Inkasso-Dienstleister zur Geltendmachung unserer Forderungen***

durch die Praxis zu.

Ich habe die in der Rezeption der Altenoyther Zahnarztpraxis C.M. Kreilkamp ausliegende Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und verstanden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ferner soll(en) mein(e) Kind(er) am Recallprogramm der Altenoyther Zahnarztpraxis C.M. Kreilkamp teilnehmen. Dazu dürfen wir von der Praxis per Postkarte, Brief, E-Mail oder SMS kontaktiert werden:

JA

NEIN

Auch diese Einverständniserklärung zum Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Ich möchte eine Kopie dieser Einwilligungserklärung:

JA

NEIN

Altenoythe, den

Unterschrift

(bei Sorge-/Erziehungsberechtigten gesetzliche(r) Vertreter(in))