

Gesundheitsfragebogen für Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren

Das
Mundwerk

Praxis für
Zahnheilkunde &
Oralchirurgie



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.

Name, Vorname Kind: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

gesetzliche Krankenkasse: _____ privat versichert: _____

Ist das Kind **selbst versichert** oder besteht eine **Familienversicherung** ?

Wenn ja, bei welchem Elternteil besteht die Familienversicherung?: Vater Mutter

Mutter: _____ geb.: _____

Vater: _____ geb.: _____

Telefon Festnetz: _____ Tel. mobil: _____

Wohnanschrift des Versicherten (falls abweichend): _____

Beruf der Eltern: _____

Betreuender Kinderarzt / Arzt: _____

Betreuender Kieferorthopäde (KFO): _____

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

ja Mobil-Nr: _____ 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). Mir 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.

Unterbleibt eine rechtzeitige Absage, verpflichtet sich der Patient für den Ausfall des Termins eine

Ausfallpauschale in Höhe von **50,00 €** zu bezahlen.

Datenschutz



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.

GESUNDHEITSPRAGEN - Allgemein

Warum besuchen Sie uns? Kontrolle Schmerzen

Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt? ja nein

Ist Ihr Kind derzeit gesund? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßige 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: _____

Hatte Ihr Kind bereits einen Zahnunfall? ja nein

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

Sind Sie mit einer **Fluoridierung durch uns einverstanden**? ja nein

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne? _____

Geht Ihr Kind in die Schule macht Ihr Kind eine Ausbildung ?

GESUNDHEITSPRAGEN für Kinder im Alter von 0 – 6 Jahre

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? ja nein

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

Putzt es allein oder putzen Sie nach? _____

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

Hat Ihr Kind ein Lieblingsspiel / Spielzeug? _____

- **Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie:** Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Schmerzausschaltung. Obwohl dies ein sicheres und erprobtes Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht ausgeschlossen.
- **Hämatom:** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße kann es zu Einblutungen in das Gewebe kommen. Dies kann zu Schmerzen, Behinderungen der Mundöffnung oder in seltenen Fällen zu einer Infektion kommen.
- **Nervenschädigung:** In sehr seltenen Fällen kann es bei der Anästhesie, vor allem im Unterkiefer, zu Irritation der Nervenfasern (N. lingualis und/oder N. mandibularis) kommen. Dadurch kann es zu vorübergehenden bzw. bleibenden Gefühlsstörungen kommen.
- **Selbstverletzung:** Durch die Gefühllosigkeit des den Zahn umgebenden Gewebes, kann es bei verfrühter Nahrungsaufnahme zu Verletzungen der Zunge, Wange oder Lippe kommen.
- **Verkehrstauglichkeit:** Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Reaktion- und Konzentrationsfähigkeit aufgrund der Stresssituation einer zahnärztlichen Behandlung beeinträchtigt ist. Sie sollten daher nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Moosburg, den _____ **Unterschrift Erziehungsberechtigter * : ** _____

* Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben