



Dr. med. dent. **Corinna Bertuleit**

Holstenstraße 88/90, 24103 Kiel, Tel: 0431-95225

Sehr geehrte Patienten,

aus datenschutzrechtlichen Gründen möchten wir Sie bitten, ergänzend folgende Erklärung zu unterzeichnen:

Ich habe die Praxisinformation, die im Wartezimmer und an der Anmeldung sichtbar aushängt, gelesen und entbinde sowohl die Ärzte Dr. C. Bertuleit, Dr. M. Wilckens, Dr. A. Mühlenhardt, I. Lorentzen und S. Schäfer, die in der Praxisgemeinschaft tätig sind, ausdrücklich von der Schweigepflicht untereinander, um im Vertretungs- oder Konsiliarfall die lückenlose Betreuung sicherstellen zu können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Zusatzuntersuchungen (zum Beispiel Laboruntersuchungen) meine entsprechend notwendigen Patientendaten an die untersuchende Einrichtung (Labor) und deren Abrechnungsstelle übermittelt wird.

Weiter bin ich damit einverstanden, dass der überweisende Arzt und andere mitbehandelnden Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.

Diese Erklärung bezieht sich auch auf in dieser Praxis befindliche Behandlungsfälle von Minderjährigen oder sonstigen Personen, für die ich ein Betreuungsrecht ausübe.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie diese Erklärung jederzeit schriftlich widerrufen können.

Die Abfrage der Untersuchungsbefunde (wie zum Beispiel Facharztberichte) liegt im Verantwortungsbereich des Patienten. Hierfür ist ein Besprechungstermin mit den Mitarbeiterinnen an der Anmeldung oder telefonisch zu vereinbaren. Die Praxis teilt Befundergebnisse nicht am Telefon oder einer dritten Person mit, außerdem werden Befundberichte oder -ergebnisse nicht per E-Mail versendet.

Datum

Name, Vorname (des Kindes) **Unterschrift** des gesetzl Vertreters

Anmeldeformular

Angaben zum Kind

Familiennamen: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnr: _____

PLZ und Wohnort: _____

Angaben zur Mutter

Familiennamen: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnr: _____

PLZ und Wohnort: _____

Beruf: _____ Mobil: _____

Angaben zum Vater

Familiennamen: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnr: _____

PLZ und Wohnort: _____

Beruf: _____ Mobil: _____

Wer hat das Sorgerecht für das Kind?

Mutter

Vater

abweichende Person *

Angaben zur Versicherung des Kindes

über die Mutter

über den Vater

abweichende Person *

Gesetzlich bei folgender Krankenkasse: _____

Zusatzversichert bei: _____

Privat bei folgender Krankenkasse: _____

Basistarif (2,0 fach)

Vollversichert

Anspruch auf Beihilfe

* Angaben zur abweichenden Person:

Familiennamen: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnr: _____

PLZ und Wohnort: _____ Telefon: _____

Beruf: _____ Mobil: _____

In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem Kind? _____

Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters

Angaben zur Anamnese Ihres Kindes

Bitte lesen Sie sich alles sorgfältig durch und beantworten Sie die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß. Bei Veränderungen des Gesundheitszustandes, bitten wir Sie, uns darüber zu informieren.

- | | ja | nein | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Leidet Ihr Kind an Herz-,Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Leidet Ihr Kind an Asthma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat Ihr Kind Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Leidet Ihr Kind an Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hatte oder hat Ihr Kind ein Schilddrüsenleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Hatte Ihr Kind je Tuberkulose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat Ihr Kind eine Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Besteht eine Lernschwäche oder bestehen Sprachprobleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hatte oder hat Ihr Kind ein Leberleiden?(z.B. Gelbsucht oder Hepatitis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Hat Ihr Kind eine geistige Behinderung oder ist geistig verzögert?? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fehlen Impfungen bzw. andere notwendige Kinderimpfungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Hat oder hatte Ihr Kind HIV / AIDS? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat Ihr Kind Allergien? (z.B. Latex, Penicillin,...)?
Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Hat Ihr Kind epileptische Anfälle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ist ein Allergiepass vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Bestand mal ein Unfall im Mund-, Kiefer-oder Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 17. Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Zahnbereich geröntgt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Erkrankungen oder wichtige Informationen für die Praxis

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche? :

Datum

Unterschrift des Patienten ggf gesetzl. Vertreter

Liebe Eltern,

um die Behandlung Ihres Kindes so angenehm wie möglich zu gestalten, haben wir noch ein paar Fragen.

- Haben sie als Elternteil Angst vor dem Zahnarztbesuch? Wenn ja, warum?
 - Wovor hat Ihr Kind beim Zahnarzt Angst? Welche Bedürfnisse hat es?
 - Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik gemacht?
 - Gibt es Märchen oder Geschichten, die Ihr Kind besonders gerne hört?
 - Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?
-

Ernährungsgewohnheiten

	Ja	nein
1. Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken? Bis zu welchem Alter? _____ Wann? <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts Was war/ist in der Flasche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich? _____		
4. Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Benutzt Ihr Kind: flouridhaltige Zahnpasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flouridhaltiges Speisesalz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flouridtabletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nuckelt Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Daumen <input type="checkbox"/> Schnuller <input type="checkbox"/> sonstiges: _____		

Bitte beachten Sie, dass wir eine Terminpraxis sind. Um Ihnen und den anderen Patienten kurze Wartezeiten zu ermöglichen, bitten wir Sie pünktlich zu Ihrem Termin zu erscheinen und bei Nichteinhaltung mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichtabsage der Termine behalten wir uns vor, eine weitere Behandlung abzulehnen, bzw. Ihnen ein Ausfallhonorar zu berechnen.

Ich habe die Aufklärung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden

Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters

Ich (Name,Geburtsdatum)_____

erkläre mich damit einverstanden, dass in der Praxis Dr. med. dent. Corinna Bertuleit, Holstenstraße 88/90,24103 Kiel, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich wurde informiert über den Umfang und die Art meiner Daten, die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Physiotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Physiotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Über die Folgen eines Widerrufs bin ich aufgeklärt worden

Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters

Noch eine letzte Frage: Wie haben Sie von uns erfahren?

Internet _____

auf Empfehlung von _____

andere Quelle _____

Vielen Dank für Ihre Mühe