

**Zahnärztin**  
**Barbara Opperer**  
Theresienstraße 5, 94032 Passau, Tel.: 0851 – 2678

## Anmeldeformular

Sehr geehrte Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu die Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen.

### **Persönliche Daten:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mit versichert bei: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

private Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ich komme durch:       Zufall                       Homepage, Internet,

und/oder:                       Weiterempfehlung : \_\_\_\_\_

### **Angaben zu Ihrer Terminverwaltung & Behandlung:**

Ich möchte an den Ablauf meines individuellen Prophylaxeintervalls erinnert werden.  
(per Telefon / SMS / Postkarte)

Ich möchte eine Betäubungsspritze:      möglichst immer       lieber ohne

**Sollten Sie während der Behandlung bei uns zur Schmerzausschaltung eine Injektion erhalten ist Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt. Wir bitten Sie, dies zu beachten.**

Hat Ihr Kind **heute** bereits ein Medikament eingenommen? NEIN  JA  Welches ? \_\_\_\_\_

Ich führe eine moderne Bestellpraxis und bin bemüht, Ihnen möglichst kurze Wartezeiten zu garantieren. Dies bedeutet aber, dass Sie sich unbedingt an die vereinbarten Termine halten müssen, da sonst bei uns ein Leerlauf anfällt. Wenn Sie einen Termin absagen müssen, so tun Sie dies bitte möglichst 1 Tag im Voraus. Bei nicht abgesagtem Fernbleiben müssen wir den entstandenen Ausfall in Höhe von 40-75 Euro berechnen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

## Angaben zu Ihrer Gesundheit

Als Ihr Zahnarzt injiziere und verschreibe ich Medikamente, die mit denen Ihres Kindes eventuell vom Hausarzt verordneten Medikamenten unverträglich sind oder deren Wirkung beeinflussen können. Es gibt auch Medikamente, die die Blutgerinnung herabsetzen. Ohne Ihre genauen Angaben kann ich Ihr Kind nicht mit aller gebotenen Sicherheit behandeln.

Name, Anschrift und Telefonnummer des behandelnden Hausarztes:

---

Nimmt Ihr Kind fortlaufend Medikamente ein, wenn ja welche?

---

Allergie, gegen: \_\_\_\_\_

Medikamentenüberempfindlichkeit?

---

Leidet Ihr Kind an:	JA	NEIN
---------------------	----	------

Blutgerinnungsstörung, Hämophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Nimmt es regelmäßig blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (Marcumar, Heparin, Aspirin, ASS, Plavix, XARELTO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Kopfschmerzen, Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------------------

Herz,- Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Diabetes (Blutzuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------

bakterielle Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------

Würgereiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

Tumorerkrankung genau: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------

Herpes (Lippenbläschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------

Infektionskrankheiten (Hepatitis, erworbene Immunschwäche (HIV, AIDS, Tuberkulose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Magen-, Darm-, Nierenerkrankung genau: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

sonstige Erkrankung: \_\_\_\_\_

Besteht ein Impfschutz gegen Hep. A / Hep. B / Hep. C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Besteht ein Impfschutz gegen Covid-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

## Allgemein

War Ihr Kind mehr als viermal im Jahr für mindestens eine Woche krank?  JA  NEIN

Hat Ihr Kind im Moment Zahnschmerzen?  JA  NEIN

Weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns? Was ist Ihr Hauptanliegen?

---

---

---

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung?  JA  NEIN

Traten bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme auf?  
Wenn ja, welche?  JA  NEIN

---

---

---

Wie oft betreibt Ihr Kind oder Sie mit Ihrem Kind am Tag Mundhygiene?

---

Nimmt Ihr Kind Fluorid-Tabletten?  JA  NEIN

Welche Zahnpasta verwenden Sie? \_\_\_\_\_

Wie viele Mahlzeiten nimmt Ihr Kind am Tag zu sich? \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind andere Flüssigkeiten als Wasser? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind gestillt, wenn ja wie lange? \_\_\_\_\_

Erhielt Ihr Kind eine Saugerflasche, wenn ja wie lange? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Änderungen zu Behandlungsdaten stets mitteilen werde.



.....den.....  
Ort Datum Unterschrift

## Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DS-GVO

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Krankenversicherungsverhältnis, die allein zum Zwecke der Durchführung des von Ihnen gewünschten Behandlungsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Angaben zu Beruf und Arbeitgeber sind grundsätzlich nicht notwendig und erfolgen freiwillig. Wir erheben weiterhin Daten zu Ihrem Gesundheitszustand, die für unsere Behandlung relevant sind. Diese Daten und Aufzeichnungen über Ihre Behandlung, diagnostische Unterlagen usw. werden bei uns elektronisch gespeichert.

### Datenweitergabe

Ihre Daten werden von uns nicht weitergegeben, außer es ist gesetzlich vorgeschrieben oder Sie stimmen einer Datenweitergabe zu.

Gesetzlich Versicherte/ Patienten mit Arbeitsunfällen: Der Gesetzgeber schreibt eine umfangreiche Datenerfassung, -weitergabe und Auskünfte zum Zwecke der Abrechnung und Prüfung vor. Wir halten uns an den gesetzlichen Rahmen.

Private Krankenversicherungen, Beihilfe: Auskünfte an Kostenträger erfolgen nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Andere Ärzte/ Zahnärzte/ Kliniken: Daten werden außer bei einem medizinischen Notfall nur mit Ihrer Zustimmung weitergegeben, z.B. bei einer Überweisung.

Zahntechnische Labore: Es werden zum Zwecke der Rechnungsstellung Ihr Name und Ihr Vorname übermittelt, ggf. elektronische Bilddateien Ihrer Behandlungssituation. Unsere Partner unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht. Es werden die zur Anfertigung der jeweiligen Arbeit notwendigen Arbeitsunterlagen analog und/oder digital übermittelt (Abformungen, Modelle, etc.).

Inkasso: Prinzipiell werden Ihre Rechnungen von uns erstellt und von unserer Abrechnungsstelle FRH/DRZ (Infoblatt beiliegend) verbucht. Befinden Sie sich mit der Zahlung einer Rechnung schuldhaft im Verzug, so behalten wir uns vor, die notwendigen Daten zu Beitreibung an ein Inkassobüro, einen Anwalt oder an ein Gericht weiterzugeben.

Software-Dienstleister: Zum Zwecke der Wartung unseres Computersystems kann es erforderlich sein, externen Dienstleistern Zugriff auf unser System zu gewähren. Diese Dienstleister wurden von uns zur Geheimhaltung verpflichtet und dürfen Daten aus unserem System nicht speichern oder weitergeben.

### Datennutzung zu weiteren Zwecken

Terminreminder: Sie erhalten eine Terminreminder, wenn Sie dies wünschen.

### Ihre Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, umfangreiche **Auskunft** zu den, zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit uns gegenüber die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln.

Daten, für die eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht, insbesondere Behandlungsdaten, können erst nach Ablauf der dafür vorgesehenen Frist gelöscht werden. Der Gesetzgeber schreibt in Deutschland vor, dass Aufzeichnungen über Behandlungen durch uns auch auf Ihren Wunsch nicht geändert werden dürfen.

.....den.....  
Ort Datum Unterschrift