

Anmeldung für Kleinkinder

Datum _____

Bitte füllen Sie Datum und Unterschrift in der Praxis aus

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse _____

Krankenkasse: _____

pflichtversichert 0 ja
 0 nein

Erziehungsberechtigte/r:

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Über wen bist Du versichert?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. Privat: _____

Tel. mobil: _____

E-MailAdresse: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Ist diese Person Beihilfeberechtigter des
öffentlichen Dienstes?

0 ja
0 nein

Prophylaxe

Die professionelle Zahnreinigung (PTC), für Kinder bis zum 18. Lebensjahr, ist eine private Leistung, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt wird. Sie kostet dann 40 Euro für 1h Behandlung.

Die Individualprophylaxe, welche ebenfalls von den gesetzlichen Krankenkassen empfohlen wird, dauert 30min und wird komplett übernommen.

O Ich möchte an Ihrem Prophylaxe - Recall teilnehmen

Wurden schon einmal Röntgenaufnahmen von Deinen Zähnen angefertigt?

Zeitpunkt: _____

Wenn Bilder jünger als 2 Jahre, bitte

Praxisname: _____

Alle 2 Jahre fertigen wir Röntgenbilder zur Kariesdiagnostik an.

O Ich bin damit einverstanden dass auch ohne Anwesenheit der Erziehungsberechtigten bei medizinischer Indikation die notwendigen Röntgenbilder erstellt werden.

Herz-/Kreislaufkrankungen: Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

- | <i>ja</i> | <i>nein</i> | |
|-----------|-------------|-------------------------------|
| 0 | 0 | Herzerkrankung? Welche? _____ |
| 0 | 0 | Herz-OP? Jahr? _____ |
| 0 | 0 | Endokarditis? |
| 0 | 0 | Durchblutungsstörungen? |

Haben Sie. Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

- | <i>ja</i> | <i>nein</i> | |
|-----------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | 0 | Allergien?
Wenn ja, welche? _____ |
| 0 | 0 | Allergiepass? |
| 0 | 0 | Anfallsleiden (Epilepsie)? |
| 0 | 0 | Gendefekt? Welchen? |
| 0 | 0 | Atemwegserkrankungen? Welche? _____ |
| 0 | 0 | Blutgerinnungsstörungen. Welche? _____ |
| 0 | 0 | Sehschwäche oder Blindheit? |
| 0 | 0 | Schilddrüsenerkrankung. Welche? _____ |
| 0 | 0 | Gelenkprothesen oder andere Implantate? _____ |
| 0 | 0 | Rheuma oder Arthritis? Entsprechendes bitte unterstreichen. |
| 0 | 0 | HIV positiv? |
| 0 | 0 | Röteln, Mumps, Masern, Scharlach? Entsprechendes bitte unterstreichen. |
| 0 | 0 | Creutzfeld-Jacob (CJ)? |
| 0 | 0 | MRSA? Wann? _____ Wo? _____ |
| 0 | 0 | Tuberkulose? |
| 0 | 0 | Zuckerkrank?
0 Diabetes Typ 1? / 0 Diabetes Typ 2
andere Formen? _____
aktueller HbA1c - Wert und gemessen wann? _____ |
| 0 | 0 | Magen-/Darmerkrankung? |
| 0 | 0 | Nierenerkrankung? |
| 0 | 0 | Lebererkrankung? |
| 0 | 0 | Tumorerkrankung? Welchen Tumor? _____ |
| 0 | 0 | Hörprobleme oder Taubheit? |
| 0 | 0 | Nehmen Sie Medikamente (welche)? _____ |
| 0 | 0 | Gab es logopädische Behandlungen? |
| 0 | 0 | Haben Sie jemals Bisphosphonate (Medikament bei Brust-/Prostatakrebs, Osteoporose) eingenommen? |
| 0 | 0 | Sind aktuell Zahnschmerzen? |
| 0 | 0 | Ist das heute der 1. Zahnarztbesuch? |
| 0 | 0 | Werden Süßigkeiten konsumiert? Wie oft und wieviel? _____
Was wird tagsüber getrunken? _____ |
| 0 | 0 | War Ihr Kind bereits im Krankenhaus außer bei der Geburt? |
| 0 | 0 | Leidet Ihr Kind an ADHS? |
| 0 | 0 | Besucht Ihr Kind den Kindergarten oder eine andere Einrichtung? |
| 0 | 0 | Haben Sie einen Pflegegrad?
Wenn ja, welchen? |

Name und Anschrift Ihres Hausarztes oder des derzeit behandelnden Facharztes:

Spezielle Fragen zur Kinderbehandlung

Viele Kinder haben oder entwickeln Angst vor der zahnärztlichen Behandlung. Darum sind folgende Fragen besonders wichtig für uns und wir brauchen die Unterstützung der Eltern.

Was sind zurzeit bevorzugtes Interessen Ihres Kindes? _____

ja **nein**

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 0 | 0 | Reagiert Ihr Kind auf bestimmte Dinge/ Situationen mit Angst? (Lärm, große Hunde etc.) | |
| 0 | 0 | Hat Ihr Kind speziell Zahnarzt-Angst? Wenn ja, was ist Ihrer Meinung nach Auslöser für die Angst? | |
| | | 0 Berührung | 0 Geschmack |
| | | 0 Schmerz | 0 Spritze |
| | | 0 Gefühl während der Behandlung | 0 Gefühl nach der Behandlung |
| | | 0 Behandlungsstuhl | 0 Instrumente |
| | | 0 typische Gerüche | 0 Hygieneschutz (Handschuhe, Mundschutz etc.) |
| 0 | 0 | Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarzt? | |
| 0 | 0 | Ist Ihr Kind besonders geräuschempfindlich? | |
| 0 | 0 | Ist Ihr Kind wasserscheu oder empfindlich gegenüber Wasser? | |
| 0 | 0 | Ist Ihr Kind besonders lichtempfindlich? | |
| 0 | 0 | Lutscht Ihr Kind am Daumen? | |
| 0 | 0 | Nimmt Ihr Kind einen Schnuller? | |
| 0 | 0 | Trinkt Ihr Kind schon aus einer Tasse? Wenn ja, seid wann? _____ | |
| 0 | 0 | Trinkt Ihr Kind aus der Nuckelflasche? Wenn ja, was? | |
| | | 0 Wasser | 0 ungesüßter Tee |
| | | 0 Apfelsaft | 0 Eistee |
| | | 0 anderes _____ | |
| 0 | 0 | Bekommt Ihr Kind nachts was zu trinken? Wenn ja, wie? | |
| | | 0 Brust | 0 Flasche |
| | | 0 Trinklernbecher | 0 andere _____ |
| 0 | 0 | Bekommt Ihr Kind schon Beikost? | |

Spezielle Fragen zur Zahnpflege

ja **nein**

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------------------|--|
| 0 | 0 | Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? | |
| 0 | 0 | Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? | |
| 0 | 0 | Wird oder wurde Ihr Kind gestillt? | |
| 0 | 0 | Wird Fluoridgel oder Calciumpräparat angewendet? | |

Wer putzt Ihrem Kind die Zähne?

- | | | | |
|---|--------------|---|-----------------------|
| 0 | putzt allein | 0 | nur die Eltern putzen |
| 0 | beide putzen | | |

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne oder das Kind selbst?

- | | | | |
|---|------------|---|--------------|
| 0 | gar nicht | 0 | manchmal |
| 0 | 1x täglich | 0 | 2-3x täglich |

Wann putzen Sie Ihrem Kind oder es selbst die Zähne?

- | | | | |
|---|---------------------|---|--------------------|
| 0 | morgens | 0 | mittags |
| 0 | abends | 0 | vor den Mahlzeiten |
| 0 | nach den Mahlzeiten | | |

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

- | | | | |
|---|----------------------------------|---|----------------------------------------------|
| 0 | gar keine | 0 | fluoridfreie |
| 0 | Kinderzahnpasta (500ppm Fluorid) | 0 | Erwachsenenzahnpasta (über 1000 ppm Fluorid) |

Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

- | | | | |
|---|----------------|---|------------------------|
| 0 | Handzahnbürste | 0 | elektrische Zahnbürste |
|---|----------------|---|------------------------|

Information zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden

Karies ist eine Erkrankung der Zähne, die vermeidbar ist. Wir kennen heute die Ursachen der Entstehung sehr genau. Neben sorgfältigem Zähne putzen und bewusstem Umgang mit Zucker gilt als wichtigste und nachweislich wirksamste Vorsorgemaßnahme die Anwendung von Fluoriden. Fluorid beschleunigt die Wiedereinlagerung von Mineralien in leicht entkalkten Zahnschmelz (Remineralisation), was beginnende Karies stoppen oder sogar rückgängig machen kann. Fluoride

sind lebensnotwendige Salze, die im Trinkwasser und in Nahrungsmitteln vorkommen. Sie fördern körpereigene Abwehrmechanismen, lagern sich in den Zahnschmelz ein und erhöhen so die Widerstandsfähigkeit gegen Säuren, die durch die Umsetzung von Zucker aus der Nahrung entstehen. Damit schützen Fluoride die Zähne vor Karies. Das natürliche Angebot an Fluoriden reicht aber für einen wirksamen Kariesschutz nicht aus. Sie müssen deshalb altersgerecht zugeführt werden.

Als geeignete Maßnahme für Kinder im Schulalter empfehlen wir, neben dem täglichen Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta

- 1x wöchentlich Fluorid-Gel für zu Hause
- Calciumprodukte zur Schmelzhärtung
- bis zu 2x jährlich Auftragen von Fluorid-Lack
- bei hoher Kariesaktivität bis zu 4x jährlich

0 Ich willige ein, dass bei meinem Kind Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung (Fluoridierung) in unserer Praxis durchgeführt werden dürfen.

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Hamburg, den _____

Unterschrift

In unserer Praxis legen wir besonderen Wert auf eine genaue Terminplanung, um für den Patienten lästige Wartezeiten zu vermeiden.

Deshalb haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir für vereinbarte Behandlungszeiten, die nicht eingehalten oder kurzfristig (unter 24h vorher) abgesagt werden, 50% unserer Fixkosten in Rechnung stellen müssen.

Für jede angefangene halbe Stunde, die nicht eingehalten wird, kommen 90,- Euro auf Sie zu. Für jede nicht eingehaltene Zahnreinigung stellen wir 50 Euro in Rechnung.

Dieser Betrag beinhaltet kein zahnärztliches Honorar und deckt lediglich einen Teil der laufenden Praxiskosten.

Hamburg, den _____

Unterschrift

Ich bin einverstanden, dass mir - falls notwendig - eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in der Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Hamburg, den _____

Unterschrift

Bitte füllen Sie Datum und Unterschrift in der Praxis aus

Einverständniserklärung

Patient/Versicherter:

Dürfen wir Kontakt zu Ihnen aufnehmen?

Ja Nein

Wenn Ja, wie dürfen wir das tun?

- Post E-Mail Handy Telefon privat
 Fax Telefon geschäftlich

Zu welchen Themen dürfen wir zu Ihnen Kontakt aufnehmen?

- Termin/ Terminabsprache Anfragen von Versicherungen
 Diagnostik Fragen von Laboren
 Behandlungsplanung/ Absprachen

Weitergabe von Behandlungsdaten an:

- Kieferorthopäde Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg
 Fremdlabor Physiotherapeut Osteopath
 Heilpraktiker Hausarzt Kardiologe
 Diabetologe Rheumatologe
 sonstiges _____

Hamburg, den _____

Unterschrift

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass die Praxis Dr. Heike Meynberg meine Röntgenbilder verschlüsselt an einen weiterbehandelten Zahnarzt/ Arzt weiterleiten darf bzw. Röntgenbilder von Vorbehandlern anfordern kann.

Hamburg, den _____

Unterschrift

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet.

Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, anbei die folgende Informationen:

In unserer Praxis ist für den Datenschutz verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung:

Praxisinhaber Dr. Heike Meynberg
Rechtsform der Praxis Einzelpraxis
Praxisadresse Große Elbstr. 68, 22767 Hamburg
Telefon 040 63 94 00 66
Telefax 040 63 94 00 67
E-Mail info@dr-meynberg.de

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogene Daten:

- Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind
- Allen anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen, Besucher unserer Internetseite)

Personenbezogene Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin ausmachen wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus); Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)

Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln. Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche Stelle Röntgen zu übersenden.

Wollen Sie per E-Mail oder über unser Kontaktformular einen Behandlungstermin vereinbaren oder eine Frage an uns richten, werden die von Ihnen mitgeteilten Daten (Ihre E-Mail-Adresse, ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnummer) von uns

gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuweisen oder die Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen

zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung

ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f

DSGVO). Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen

Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahre, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten der Patienten für den Zweck der Patienteninformation im Rahmen eines

Recall-Systems zur Zahnmedizinischen Prävention (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO)

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

Recht auf Auskunft,

Recht auf Berichtigung oder Löschung,

Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,

Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,

Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Klosterwall 6 (Block C),

20095 Hamburg,

Tel.: (040) 428 54 - 40 40,

E-Fax: (040) 4 279 1181,

E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de

Hamburg, den _____

Unterschrift