



Patienten-Aufnahmebogen

Kind: Name.....Vorname.....geb.....

Mutter: Name.....Vorname.....geb.....

Vater: Name.....Vorname.....geb.....

Krankenkasse / versichert bei

Straße.....PLZ/Ort.....

Telefon.....Handy.....

@ Mail.....

Beruf/Arbeitgeber
(freiwilligeAngabe):.....Tel.Arbeitsplatz.....

Kinder/Hausarzt.....

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

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

Um eine gute Diagnostik durchzuführen, sind in einigen Fällen Röntgenaufnahmen notwendig.

Ich bin mit Röntgenaufnahmen, zur erweiternden Diagnostik, bei meinem Kind einverstanden: Ja Nein

Nachname,Vorname (Erziehungsberechtigte/er).....

Adresse.....

Datum.....Unterschrift.....

Um die Behandlung für Ihr Kind in einigen Fällen angenehmer zu machen, wird zur Schmerzbeseitigung während der Behandlung eine örtliche Betäubung angewendet. Diese dient der vorübergehenden Desensibilisierung der zu behandelnden Stelle. In der Regel werden ein Oberflächenanästhetikum und ein Lokalanästhetikum angewendet. Nach der Anästhesie kommt die Empfindung im behandelten Bereich erst nach einiger Zeit wieder. Danach sollte zunächst für kurze Zeit aufs Essen verzichtet werden, damit sich Ihr Kind nicht an der betroffenen Stelle beißen kann. Lokalanästhetika sind in den meisten Fällen gut verträglich.

Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind, wenn es notwendig ist, eine Lokalanästhesie durchgeführt wird:

Datum:Unterschrift:.....

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Die Patientendaten werden bei uns elektronisch gespeichert. Bitte beachten Sie, dass ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen. Sie dienen dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen, die den Gesundheitszustand, Adresse und Versicherungsstatus betreffen, mit.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mit mitbehandelnden Ärzten (Kinderärzte, Fachärzte, Narkoseteam) und Zahnärzten (Vorbehandelter, Kieferorthopäden) Kontakt aufnimmt, um Befunde oder Unterlagen sowie Röntgenbilder anzufordern oder zu übermitteln und die Behandlung zu besprechen oder darüber zu informieren

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass alle (auch zukünftig) in der Praxis behandelnden Zahnärzte und Ärzte in die Behandlungsunterlagen Einsicht nehmen dürfen.

Ja Nein

Datum.....Unterschrift.....