



## Patientenbogen Kinder

**ZAHNÄRZTE KAISERSTRASSE**  
Dr. Marquardt | Dr. Roosen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen und unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht für Ihr Kind geltend machen zu können.

Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der Zahnärzte Kaiserstrasse MVZ GmbH weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt, weiterverarbeitet und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkassen, mitbehandelnde Ärzte, andere Einrichtungen des Gesundheitswesens oder medizinische Dienstleister) übermittelt werden können.

### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Versicherter

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Tel. gesch.: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### weiterer Elternteil

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Tel. gesch.: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Recall (Erinnungs-Service)

Möchten Sie von uns an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erinnert werden?  ja  nein

### Versicherungsart

gesetzlich versichert  Zusatzversicherung für zahnärztl. Leistungen  Beihilfe  
 privat voll-versichert  Basisstarif einer privaten Versicherung  freiwillig gesetzlich versichert

### Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Wenn ja,  Basis bis 2,0-fach o.ä.  Standard bis 3,5-fach

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

**Internet:**  Google  Arzt- oder Gesundheitsportale  Jameda  
 Eintrag Gelbe Seiten  Internetseite der Praxis  Facebook  Instagram  
**Sonstiges:**  Fensterwerbung  Radiowerbung  Buswerbung  Banner HTCU

**Empfehlung durch:** \_\_\_\_\_  
Name

## Anamnese Ihres Kindes

- Regelmäßige Medikamenteneinnahme  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Medikamentenunverträglichkeit  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Atmung mit offenem Mund  ja  nein
- Röntgenuntersuchung im Kopfbereich  ja  nein

## Zahnmedizinische Anamnese Ihres Kindes

- Zahnbeschwerden  ja  nein  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- Vorhergehende zahnärztliche Behandlung  ja  nein
- Gebrauch von Beruhigungssauger und/oder Trinkflasche mit Sauger  ja  nein
- Daumen-, Fingerlutschen  ja  nein
- Zähneknirschen oder -pressen  ja  nein
- Probleme bei der Nahrungsaufnahme  ja  nein
- Milchzahndurchbruch mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Kieferorthopädische Behandlung (Zahnspange)  ja  nein

## Mundhygiene

- Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?  ja  nein
- Wie häufig werden die Zähne geputzt? Nach dem  Frühstück  Mittagessen  Abendessen  jedem Essen
- Wie wird meistens geputzt? Mit der  Handzahnbürste  elektrischen Zahnbürste

## Leidet oder litt Ihr Kind jemals an einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Atemwege/Lunge**  Asthma  chronische Bronchitis  
 Andere: \_\_\_\_\_
- ansteckende Erkrankung**  Hepatitis A/B/C  AIDS/HIV
- Herz**  Herzerkrankung  Herzfehler
- Allergie/Überempfindlichkeit**  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Gefäße**  Gerinnungsstörung
- Nerven**  Epilepsie  Kopf-/Nackenschmerzen
- Muskelapparat**  Krampfanfälle

### Aufklärung über Risiken bei Leitungsanästhesie im Unterkiefer

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet Sie darüber aufzuklären, dass in seltenen Fällen die Gefahr besteht, dass beim Einstechen der Nadel die nervi mandibularis, lingualis und infraorbitalis reversibel oder irreversibel geschädigt werden können. Das äußert sich nach Nachlassen der Anästhesie durch anhaltendes Kribbeln oder in vorübergehender teilweiser oder vollständiger Taubheit im Anästhesiebereich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen.

Teilen Sie unserer Praxis bitte künftige Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes mit.

Die gesundheitlichen Risiken müssen alle 12 Monate überprüft und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass

- ich die Erklärungen auf diesem Patientenbogen verstanden habe. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

- ich vor der Einwilligung darauf hingewiesen wurde, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich (E-Mail reicht) zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.

- mir die Datenschutzerklärung der Zahnärzte Kaiserstrasse MVZ GmbH zur Verfügung gestellt wurde. Ich habe diese zur Kenntnis genommen und mich entschieden keine eigene Ausführung mitzunehmen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis (und auf der Website der Praxis) einsehen kann.

- ich per SMS Terminerinnerungen erhalte.

\_\_\_\_\_ Mülheim an der Ruhr, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_ Mülheim an der Ruhr, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_ Mülheim an der Ruhr, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_ Mülheim an der Ruhr, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Erziehungsberechtigten

# Einverständniserklärung\*

## Patient/in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_



**ZAHNÄRZTE KAISERSTRASSE**

Dr. Marquardt | Dr. Roosen

ZAHNÄRZTE KAISERSTRASSE MVZ GmbH  
Kaiserstrasse 20 | 45468 Mülheim an der Ruhr  
Fon 0208.97 6 99-0 | Fax 0208.97 6 99-10  
www.zahnaerzte-kaiserstrasse.de

## Gesetzl. Vertreter(in) bei Minderjährigen / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:



BFS health finance GmbH  
Hülshof 24, 44369 Dortmund

Tel.: 0231-94 53 62-600  
Fax: 0231-94 53 62-688  
patientenservice@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.



Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der

- möglichen Anfrage durch den Behandler bei BFS bezüglich der Abrechnung über BFS, auch vor Aufnahme der Behandlung,
- Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS (unter Angabe von Name, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen), soweit erforderlich,
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS,
- Weiterabtretung der Forderungen durch BFS an die refinanzierende Bank (Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale),
- Übermittlung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (u.a. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an BFS und ggf. an die refinanzierende Bank,

- befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zur Prüfung des Entwicklungssystems und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten.

Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

Nach Abschluss des Verfahrens werden die Daten gelöscht. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

### Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von Ihrer Schweigepflicht. Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

### Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.

„Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.“\*\*\*

\*\*\* Bitte durch Ankreuzen bestätigen

\_\_\_\_\_  
Mülheim an der Ruhr, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw.  
gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Mülheim an der Ruhr, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw.  
gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Mülheim an der Ruhr, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw.  
gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Mülheim an der Ruhr, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw.  
gesetzlicher Vertreter

\*Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.