



Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____

Bei Privatversicherten – Standtarif ja ☐ nein ☐

Name der/des Kinderärztin/Kinderarztes

Name der/des Kieferorthopädin/Kieferorthopäden

Einverständiserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

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

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Bei welchem Arzt? _____

Leidet ihr Kind an Allergien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Leidet Ihr Kind an Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)? ☐ ja _____ ☐ nein

Leidet Ihr Kind an Herzerkrankungen? ☐ ja _____ ☐ nein

Hinweis zum Datenschutz

Die Erhebung der Daten erfolgt nach Art. 9 Absatz 2 h DSGVO

Ihre betroffenen Rechte sowie sonstige Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO finden Sie in unseren Informationspflichten als Aushang im Wartezimmer.



- Leidet Ihr Kind an Blutgerinnungsstörungen? ☐ ja _____ ☐ nein
- Leidet Ihr Kind an Diabetes? ☐ ja _____ ☐ nein
- Leidet Ihr Kind an Schilddrüsenerkrankung? ☐ ja _____ ☐ nein
- Leidet Ihr Kind an Infektionskrankheiten (z.B. HIV, TBC)? ☐ ja _____ ☐ nein
- Sonstige Krankheiten? ☐ ja _____ ☐ nein
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja _____ ☐ nein
- Wenn ja, welche? _____
- Wurden bereits Röntgenbilder im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? ☐ ja ☐ nein

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne bzw. wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

- ☐ gar nicht ☐ manchmal ☐ 1x täglich ☐ 2 -3x täglich
- ☐ vor den Mahlzeiten ☐ nach den Mahlzeiten

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

- ☐ gar kein ☐ fluoridfreie Zahnpasta
- ☐ Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid) ☐ Kinderzahnpasta (1000 ppm Fluorid)
- ☐ Junior- oder Erwachsenenzahnpasta (1.400 bis 1.450 ppm Fluorid)

Welche Menge Kinderzahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind bei jedem Zähneputzen?

- ☐ Reiskorn ☐ Erbsengröße

Womit putzen Sie die Zähne?

- ☐ Handzahnbürste ☐ elektrische Zahnbürste

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

☐ ja ☐ nein

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?

☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Kind Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten?

- Es schnullert/lutscht am Daumen: ☐ nein ☐ tags, wenn es müde ist
- ☐ häufig zur Beruhigung ☐ immer zum Einschlafen

Hinweis zum Datenschutz

Die Erhebung der Daten erfolgt nach Art. 9 Absatz 2 h DSGVO

Ihre betroffenen Rechte sowie sonstige Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO finden Sie in unseren Informationspflichten als Aushang im Wartezimmer.