Liebe Eltern ,

Vielen Dank, dass sie sich für unsere Kinder- und Jugendzahnarztpraxis entschieden haben.

Bevor wir sie und ihr Kind persönlich kennenlernen dürfen, möchten wir sie bitten, uns einIGE Fragen zu beantworten.

**Ihr Kind:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Geburtsdatum  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Straße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PLZ/Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Krankenkasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Hauptversicherter:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Geburtsdatum  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Straße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PLZ/Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Tel privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Mobil  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**Sorgerecht** haben: Mutter & Vater - nur Mutter - nur Vater -

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte antworten Sie mit „ja“ oder „nein“. Über Ergänzungen freuen wir uns sehr!

**Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen?**

erhöhter/verminderter Blutdruck? ja / nein

Allergien ja / nein

wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Herzerkrankungen ja / nein

wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bluterkrankungen, z.B. Blutgerinnungsstörungen? ja / nein

wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten ja / nein

wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten in Bezug auf die Eltern ja / nein

wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asthma oder andere Lungenerkrankungen? ja / nein

wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**bitte wenden 🡪**

Nierenerkrankungen? ja / nein

Rheuma/rheumatoide Erkrankungen? ja / nein

Epilepsie oder andere Anfallsleiden? ja / nein

Muskelerkrankungen? ja / nein

Geistige Behinderungen? ja / nein

Genetische Veränderungen? ja / nein

Hat Ihr Kind momentan Zahnschmerzen? ja / nein

Haben Sie bei Ihrem Kind Karies festgestellt? ja / nein

Wurde eine zahnärztliche Behandlung begonnen? ja / nein

Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten? ja / nein

**Die folgenden Fragen sind auf freiwillige Basis anzugeben und für die zahnärztliche Behandlung nicht ausschlaggebend (gemäß Art. 6 Abs. 1 a DS-GVO). Sie haben jederzeit das Recht, die folgenden Angaben zu widerrufen-sprechen Sie uns in diesem Fall bitte an.**

|  |  |
| --- | --- |
| Welches Anliegen haben Sie? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Kommen Sie auf Empfehlung? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Kinderarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind derzeit in Behandlung beim:

Logopäden: ja / nein Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ergotherapeuten: ja / nein Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kieferorthopäden: ja / nein Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heilpraktiker: ja / nein Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ihre Email-Adresse für alternative Kontaktaufnahme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Ort/Datum | Unterschrift Patientin/Patient/Betreuer/Bevollmächtigter/gesetzlicher Vertreter\* |

**\*** Bei einer Einwilligung von Eltern für Ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden El­ternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zu­gleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder, dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Patientenname: ……………………………………………………….………………… Nr...……...……

geboren am: ……………………………………….

**Einverständniserklärung zur Datenübermittlung**

Liebe Patientinnen, liebe Patienten, liebe Eltern,

für bestimmte zahntechnische oder kieferorthopädische Leistungen arbeiten wir mit externen Laboren zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Labore weitergeleitet, die diese zum Zweck der Erbringung, der im Aufklärungsblatt näher bezeichneten Dienstleistungen verarbeiten. Im beigefügten **Aufklärungsblatt** können Sie weitere allgemeine Informationen nachlesen. Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind, können Sie beim Praxisteam erfragen.

**Ich willige ein, dass die Zahnarztpraxis AHOI – Dr. med. dent. Wiebke Klingbeil M.Sc. im Falle einer Erforderlichkeit Patientendaten an externe Labore zum Zwecke der Herstellung von kieferorthopädischen Apparaturen/ Zahnersatz die Daten meines Kindes/meine Daten übermittelt.**

Für die Behandlung Ihres Kindes/Ihre Behandlung (und Nachbehandlung) kann es erforderlich sein, sich mit Ärzten/ Zahnärzten/ Kieferorthopäden/Therapeuten auszutauschen (telefonisch oder in Form eines Befundberichtes). Des Weiteren kann es erforderlich sein, Ihre Behandlungsdaten/ die Behandlungsdaten Ihres Kindes zum Zwecke der Weiterbehandlung an den entsprechenden Arzt/Therapeut zu übermitteln oder anzufordern. Wird eine Zahnbehandlung unter Intubationsnarkose oder Dormicum erforderlich, ist eine Übermittlung der Daten Ihres Kindes/Ihrer Daten an unseren Anästhesisten Dr. Norbert Specht erforderlich.

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle einer Erforderlichkeit ein Austausch der Daten meines Kindes/meiner Daten mit Ärzten/Zahnärzten/Kieferorthopäden/Kieferchirurgen/Therapeuten erfolgt, die im Laufe der Behandlung von mir explizit genannt werden.**

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Sprechen Sie uns bitte an, wenn Sie gegenüber einzelner unserer Kooperationspartner konkrete Bedenken haben, sodass wir Ihre Wünsche entsprechend berücksichtigen können. Sollten Sie nicht einwilligen, könnte dies Ihre Behandlung beeinträchtigen. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie im Aufklärungsblatt oder von unserem Personal.

…………………………………… .……………………………………………………………………………… Ort, Datum In Druckbuchstaben: Erziehungsberechtige Person ( Vor- und Zuname)

………………………………………………………………………………………………… Unterschrift Patientin/ Patient/ Erziehungsberechtigte Person**\***

**\* Bei einer Einwilligung von Eltern für Ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder, dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.**

**Aufklärungsblatt zur Datenübermittlung**

Entsprechend der Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an Labore und anderen behandelnden Ärzten erhalten Sie hier ausführliche Informationen über die Art und den Umfang der Datenverarbeitung durch unsere Kooperationspartner.

Willigen Sie nicht ein, könnte sich dies negativ auf Ihre Behandlung auswirken. Diese negativen Auswirkungen könnten z. B. zu einer nicht ausreichenden Behandlung führen. Gegebenenfalls muss die Behandlung versagt werden. Lediglich Notfallbehandlungen stellen wir im erforderlichen Rahmen sicher. Nähere Informationen dazu können Sie bei unserem Personal erfragen.

Im Folgenden sehen Sie eine Auflistung aller aktuellen Kooperationspartner, mit denen die Zahnarztpraxis AHOI – Dr. med. dent. Wiebke Klingbeil M.Sc. zusammenarbeitet:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kooperationspartner** | **Dienstleistung** | **Übermittelte Daten/Aufbewahrungsfristen** |
| **Dentallabore**  -Selbach, Hamburg  -Hebadent, Lübeck  -Eutiner Zahntechnik | Herstellung von kieferorthopädischen Geräten/ Zahnersatz | Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und- verläufe, Panoramaschichtaufnahmen, FRS-Aufnahmen. Der Empfänger der Daten muss diese 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahren (§ 630f Abs. 3 BGB2, § 12 Abs. 1 MBO). |
| **Anästhesiepraxis**  Dr. Norbert Specht, Lübeck | zur Planung und Durchführung einer Zahnsanierung unter Intubationsnarkose/ Dormicum | Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, Befund, Diagnose, Therapiemaßnahmen, Versicherungsstatus, ausschlaggebende Anamnese-Informationen und evtl. weitere wichtige medizinische Informationen, welche für die Weiterbehandlung eine Rolle spielen könnten. Der Empfänger muss diese 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahren (§ 630f Abs. 3 BGB2, § 12 Abs. 1 MBO). |
| **Behandelnde Ärzte, Kieferorthopäden, Zahnärzte, Kieferchirurgen, Therapeuten** | Zur ärztlichen/zahnärztlichen Weiterbehandlung/ Nachbehandlung | Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, Befund, Diagnose, Therapiemaßnahmen, Röntgenbilder, Versicherungsstatus, ausschlaggebende Anamnese-Informationen und evtl. weitere wichtige medizinische Informationen, welche für die Weiterbehandlung eine Rolle spielen könnten. Aufbewahrungsfrist: 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahren (§ 630f Abs. 3 BGB2, § 12 Abs. 1 MBO). Röntgenaufnahmen werden 10 Jahre nach der letzten Untersuchung gespeichert. Ausnahme: bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres (§ 28 Abs. 3 Satz 2 und 3 RöV) |
| **Rechenzentrum**  DZR – Deutsche zahnärztliche Rechenzentren,  Hamburg | Forderungsmanagement für aus der Behandlung ergebenden Privatleistungen, Teilzahlungen, Erstattungsservice | ***Nur wirksam bei separat vorliegender, unterzeichneter DZR-Einverständniserklärung!***  Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und- verläufe; Nähere Informationen hierzu erhalten Sie auf dem entsprechenden Datenschutz-Formular der DZR |

**Bitte wenden **

**Einverständnis zum Datenaustausch zwischen der Zahnarztpraxis AHOI und anderen behandelnden Ärzten:**

Weiterhin willigen Sie ein, dass die Zahnarztpraxis AHOI (Dr. med. dent. Wiebke Klingbeil M.Sc.) die Daten Ihres Kindes/Ihre Daten und Befunde aus Vorbehandlungen von den von Ihnen genannten angegebenen Ärzten/Therapeuten anfordern darf, sofern das für die Behandlung Ihres Kindes/Ihre Behandlung erforderlich ist. Sie entbinden die entsprechende Ärztin/Arzt/Therapeut/in von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Nichteinwilligung kann die Behandlung ggf. erheblich erschwert werden.

Außerdem willigen Sie ein, dass die Zahnarztpraxis AHOI (Dr. med. dent. Wiebke Klingbeil M.Sc.) die Daten Ihres Kindes/ Ihre Behandlungsdaten und -befunde an den nachbehandelnden Zahnarzt, behandelnden Kieferorthopäden oder behandelnden Therapeuten zum Zwecke der Weiterbehandlung übermittelt. Sie entbinden die behandelnden Zahnärzte der Zahnarztpraxis AHOI (Dr. med. dent. Wiebke Klingbeil M.Sc) insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Sprechen Sie uns bitte an, wenn Sie gegenüber einzelner unserer Kooperationspartner konkrete Bedenken haben, sodass wir Ihre Wünsche entsprechend berücksichtigen können.

Ihr AHOI - Praxisteam