



Anamnesebogen Kinder

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. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind nicht unbedingt für die Behandlung notwendig und somit freiwillig.

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 zu machen.

Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der Praxis für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

Patient

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

Versicherter

Name: _____
Vorname: _____
Geb. Datum: _____

weiterer Elternteil

Name: _____
Vorname: _____
Geb. Datum: _____

Tel.: _____ Tel. gesch.: _____
Mobil*: _____ Mobil*: _____
E-Mail*: _____ E-Mail*: _____

Recall-/Erinnerungssystem*

Möchten Sie in unser Recall-Programm aufgenommen 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?

Drucksachen*: Werbung (Anzeige, Tagespresse/Fachzeitschrift etc.), welche? _____
Internet*: Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
 Google Eintrag Gelbe Seiten Internetseite der Praxis
 Facebook
Sonstiges*: Fensterwerbung Wohngebiet Buswerbung
 Radiowerbung

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 (Zahnsperre) 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/Gemüt** Krampfanfälle/Epilepsie Kopf-/Nackenschmerzen
- Stoffwechsel/Zuckerkrankheit** Schilddrüsenerkrankung Diabetes mellitus

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 der nervus mandibularis oder nervus lingualis reversibel oder irreversibel geschädigt werden kann. 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, sofern die Daten nicht der gesetzl. Dokumentationspflicht unterworfen sind.

- Mir die Datenschutzerklärung der Praxis zur Verfügung gestellt wurde. Ich habe diese zur Kenntnis genommen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis (und auf der Website der Praxis) einsehen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten