

Anamnesebogen für Kinder & Jugendliche

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den nachfolgenden Anamnesebogen für Ihr Kind sorgfältig und vollständig aus.

Kind

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum / Geburtsort

.....
Straße

.....
Postleitzahl / Ort

.....
Kinderarzt / Hausarzt

Versicherter / Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum / Geburtsort

.....
Straße

.....
Postleitzahl / Ort

.....
Telefon privat

.....
Mobil

.....
Tel. geschäftlich

.....
E-Mail

Versicherung

☐ gesetzliche Versicherung

☐ private Versicherung

Anamnese des Kindes (Krankengeschichte)

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt?

Und wann das letzte Mal?

Gab es Zahnunfälle? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, an welchen Zähnen?

Nimmt Ihr Kind Fluoride über Zahnpasta oder Tabletten zu sich? ☐ Ja ☐ Nein

Leidet Ihr Kind unter folgenden Erkrankungen?

Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Liegen körperliche Erkrankungen vor?

(z.B. Herz-, Infektions-, Bluterkrankungen, Asthma, Epilepsie, Reflux o.Ä.) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was?

Diabetes? ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es Medikamentenunverträglichkeiten bei Ihrem Kind?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? ☐ Ja

☐ Nein

Ich habe diesen Fragebogen zusammen mit meinem Kind ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben zum Gesundheitszustand meines Kindes.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Erziehungsberechtigter)

Sehr geehrte Patienten,

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir uns gerne genügend Zeit für Sie nehmen. Deshalb sagen Sie bitte Ihre Termine bei Verhinderung 24 Stunden vorher ab. Andernfalls behalten wir uns vor, eine Ausfallpauschale in Abhängigkeit zur eingeplanten Behandlungszeit zu berechnen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigter

Sehr geehrte Patienten,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zwecks der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigter