



Anamnesebogen für Kinder

Sehr geehrte Eltern,

wir heißen Sie und Ihr Kind in unserer Praxis herzlich willkommen und danken Ihnen für Ihr Vertrauen.

Seit dem 25.05.2018 sind wir verpflichtet, Sie über den Schutz Ihrer Daten und die Ihres Kindes aufzuklären. Unsere Datenschutzerklärung hängt für Sie in gedruckter Form im Wartezimmer aus. Sofern Sie unsere Internetseite nutzen, finden Sie dort eine gesonderte Datenschutzerklärung unter dem Menüpunkt „Datenschutz“.

Um eine bestmögliche zahnmedizinische Versorgung sicherstellen zu können, benötigen wir von Ihnen die folgenden Angaben im Rahmen einer Anamnese (Erfragung von potenziell medizinisch relevanten Informationen).

Wir möchten, dass Sie und Ihr Kind sich in unserer Praxis wohlfühlen und den Service für Sie stetig verbessern. Dazu würden wir uns freuen, wenn Sie uns zusätzlich zu den für Ihre Behandlung erforderlichen Angaben, auch die freiwilligen mit * gekennzeichneten Fragen beantworten.

Sollten Sie darüber hinaus Fragen zum Thema Datenschutz haben, sprechen Sie uns gerne an.



Patientendaten (Kind)

Name, Vorname Geburtsdatum
Straße, Nr. PLZ, Ort

Versicherungsnehmer/in

Name, Vorname Geburtsdatum
Straße, Nr. PLZ, Ort
Tel. (Privat) Tel. Mobil
Tel. (Arbeit)* E-Mail*
Beruf* Arbeitgeber*
Name der Krankenkasse

beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert privat versichert

1. Erziehungsberechtigte/r (falls Versicherungsnehmer/in bitte weiter mit 2. Erziehungsberechtigte/r)

Name, Vorname Geburtsdatum
Straße, Nr. PLZ, Ort
Tel. (Privat) Tel. Mobil

2. Erziehungsberechtigte/r

Name, Vorname Geburtsdatum
Straße, Nr. PLZ, Ort
Tel. (Privat) Tel. Mobil



Weitere Angaben (Kind)

Hausarzt, Name

Ort Tel.

Herzerkrankungen ja nein

Epilepsie (Krampfanfälle) ja nein

Diabetes ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Genetische Erkrankungen ja nein

Tumore ja nein

Infektionskrankheiten Hepatitis TBC HIV ja nein

Sonstige Erkrankungen ja nein Wenn ja, welche?

Allergien ja nein Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Für unsere weiblichen Patienten

Ist Ihre Tochter schwanger? ja nein Wenn ja, in welchem Monat?

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

ja nein Wenn ja, aus welchem Grund

Bei welchem Arzt (Name, Ort)

..... Seit wann

Situation der Zahn- /Mundgesundheit Ihres Kindes

War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt? ja nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung

Zahnschmerzen

Zahnfleischbluten

Migräne

Kopf-/Nackenschmerzen

Kiefergelenkbeschwerden

Zähneknirschen

Mundgeruch/Mundtrockenheit

Wir möchten, dass Ihr Kind gerne zum Zahnarzt geht!

Was dürfen wir bei Ihrem Kind besonders berücksichtigen?

.....



Freiwillige Angaben*

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Familie
- Empfehlung durch Bekannte
- Empfehlung durch Kollegen
- Onlinerecherche/Suchmaschine
- Telefonbuch/Gelbe Seiten etc.
- Bewertungsportal (z. B. Jameda)
- Zeitungsbericht/Anzeige
- Sonstiges



Einwilligungserklärung durch den/die Patient/in und des/der Versicherungsnehmers/in

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich/wir stimme/n hiermit der Speicherung meiner/unsere personbezogenen Daten für den Zweck der Aufnahme einer Patientenakte im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung durch die Praxis Dr. Natalie Stockschläder zu.

Ich/wir bin/sind darauf hingewiesen worden, dass ich/wir diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann/können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir/uns ist bekannt, dass mein/unser jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum Unterschrift Versicherungsnehmer/in

in Vollmacht

Ort, Datum Unterschrift 1. Erziehungsberechtigte/r

in Vollmacht

Ort, Datum Unterschrift 2. Erziehungsberechtigte/r

in Vollmacht



Unser Recall-System*

Sofern Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den regelmäßigen Zahnarztbesuch haben, dann dürfen wir Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, sprechen Sie uns gerne an.

Ich bin bereit, an Ihrem telefonischen Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum Unterschrift 1. Erziehungsberechtigte/r

in Vollmacht

Ort, Datum Unterschrift 2. Erziehungsberechtigte/r

in Vollmacht