



Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte lesen Sie den Anamnesebogen aufmerksam durch und füllen Sie Vorder- und Rückseite gewissenhaft aus. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ nach Art.13 und Art.14 der DSGVO finden Sie auf dem zweiten Blatt. Freiwillige Angaben sind mit einem Stern (*) gekennzeichnet.

Kind

Name _____ Vorname _____ Geschlecht _____ Geburtsdatum _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort _____

* Telefonnummer

* Bitte geben Sie uns eine Telefonnummer unter der Sie gut zu erreichen sind. Ihre Telefonnummer ermöglicht es uns, Sie am Vortag der Behandlung an Ihren Termin zu erinnern und sie kurzfristig zu informieren, falls Ihr Termin verlegt werden muss.

2. Elternteil

* Name _____ * Vorname _____

* Straße, Nr. _____ * PLZ, Wohnort _____

* Telefonnummer

* Bitte geben Sie uns eine Telefonnummer unter der Sie gut zu erreichen sind. Ihre Telefonnummer ermöglicht es uns, Sie am Vortag der Behandlung an Ihren Termin zu erinnern und sie kurzfristig zu informieren, falls Ihr Termin verlegt werden muss.

Mitversichert bei: Mutter Vater allein sonstige _____

Krankenkasse: gesetzlich private Zahnzusatzversicherung privat bei der _____

Sorgerecht: Beide Eltern sind sorgeberechtigt.
 Die Mutter besitzt das alleinige Sorgerecht.
 Der Vater besitzt das alleinige Sorgerecht.
 Die Eltern sind nicht sorgeberechtigt, sondern: _____

Begleitperson: Mein Kind wird zu den Terminen nicht immer von einem Sorgeberechtigten begleitet sondern auch von z. B. Großeltern, älteren Geschwistern oder anderen Verwandten oder Bekannten, die nicht sorgeberechtigt sind. In diesem Fall ist eine Vollmacht zwingend erforderlich. Bitte wenden Sie sich an unser Personal.

Kinderarzt

* Name _____ * Ort _____

Überweiser

* Name _____ * Ort _____

- Ich bin mit der Übersendung eines Arztbriefes an meinen überweisenden Zahnarzt einverstanden. Der Brief enthält Angaben zu Diagnose und Therapie.
**Sie haben das Recht, diese Willensäußerung jederzeit zu widerrufen bzw. zu ändern.
Die Mitteilung muß schriftlich an die Praxis erfolgen.**

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt und ermöglicht somit kurze Wartezeiten. Die Behandlungszeit ist exklusiv für Sie reserviert. Daher bitten wir Sie um rechtzeitige Terminabsage (mindestens 24 Stunden vorher), falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können. Wir behalten uns das Recht vor, eine Ausfallrechnung zu stellen, wenn Sie einen Termin schuldhaft versäumen (gem. §§ 611, 615 BGB). **Nach zwei versäumten, nicht abgesagten Terminen oder einem vorab bestätigten, dann versäumten Termin können wir Ihnen keine weiteren Termine mehr in unserer Praxis anbieten.**



Ärztliche Anamnese

Hat oder hatte Ihr Kind

Aids/HIV/Hepatitis nein ja
Blutgerinnungsstörungen nein ja
Spastik/Krämpfe/Epilepsie nein ja
Stoffwechselerkrankungen nein ja
Sonstige Erkrankungen oder weitere Erläuterungen

Asthma /chronische Bronchitis nein ja
Herzkrankheit / Herzgeräusche nein ja
Allergien nein ja
Entwicklungsstörungen nein ja

Hatte Ihr Kind schon einmal eine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente? nein ja

Nimmt Ihr Kind zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche ?

Ich werde die Praxis vor Untersuchungen und Behandlungen über Veränderungen des Gesundheitszustandes meines Kindes, z. B. Medikamente oder neu aufgetretene Erkrankungen, informieren.

Kinderzahnärztliche Anamnese

Mein Kind wurde bereits zahnärztlich behandelt. nein ja

Wenn ja, traten bei der Behandlung Probleme auf? nein ja

Wurde Ihr Kind bereits am Kopf oder an den Zähnen geröntgt? nein ja

Wenn ja, wann und wo ? _____

Was trinkt Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten? Wasser ungesüßter Tee Saft, Schorle
 Eistee gesüßter Tee Milch/Kakao

Trinkt Ihr Kind Saft, Milch oder süßen Tee aus der Flasche oder wird Ihr Kind noch gestillt? nein nur tagsüber auch nachts

Wie häufig bekommt Ihr Kind Süßigkeiten? selten 1x täglich mehrmals täglich

Wie oft isst Ihr Kind zwischen den Hauptmahlzeiten? gar nicht 1-2x täglich öfter

Wurde Ihr Kind gestillt und wenn ja wie lange? nein immer noch bis _____ Monate

Hat oder hatte Ihr Kind einen Schnuller? nein immer noch bis _____ Monate

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht ? nein immer noch bis _____ Monate

Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne? 1x täglich 2x täglich öfter

Helfen Sie Ihrem Kind beim Putzen? nein ja

Benutzt Ihr Kind eine elektrische Zahnbürste? nein ja

Benutzt Ihr Kind Zahnseide? nein ja

Benutzt Ihr Kind eine fluoridhaltige Zahnpasta? nein ja

Kochen Sie mit fluoridiertem Kochsalz? nein ja

Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? nein ja

Was ist Ihr Hauptanliegen für diesen Besuch?

Um Karies vorzubeugen, werden in unserer Praxis die Zähne unserer kleinen Patienten gemäß dem kostenlosen Prophylaxeangebot der Krankenkassen bei Bedarf fluoridiert.

Ich bin mit der Fluoridierung der Zähne einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen. Die Informationen nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift *

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.