



Anamnesebogen

Liebe Eltern!

Der erste Zahnarztbesuch soll für Ihr Kind ein positives Erlebnis sein. Deshalb widmen wir Ihrer Tochter bzw. Ihrem Sohn besondere Aufmerksamkeit. Ein behutsames und kindgerechtes Behandeln ist uns sehr wichtig, um ein Vertrauensverhältnis für alle zukünftigen Behandlungen aufzubauen. Hier haben Sie die Möglichkeit, uns einige Hintergrundinformationen zu geben. Diese Informationen helfen uns dabei, uns individuell auf Ihr Kind einzustellen und bestmöglich zu behandeln.

Persönliches

Kind: Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mutter: Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Vater: Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Erziehungsberechtigter: o Mutter o Vater o gemeinsames Sorgerecht

Krankenkasse: _____

Gesetzliche Krankenversicherung Wenn ja: Zusatzversicherung ja nein

private Krankenversicherung Wenn ja: beihilfeberechtigt ja nein

Das Kind ist mitversichert bei: o Mutter o Vater

gegebenenfalls abweichende Adresse: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Medizinische Anamnese:

Hat Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Infektionskrankheit o ja o nein Wenn ja, welche? _____

Herzerkrankung o ja o nein Wenn ja, welche? _____

Bluterkrankung o ja o nein Wenn ja, welche? _____

Lungenerkrankung o ja o nein Wenn ja, welche? _____

Stoffwechsel-/Hormonerkrankung o ja o nein Wenn ja, welche? _____

Erkrankung des Nervensystems o ja o nein Wenn ja, welche? _____

Allergien o ja o nein Wenn ja, welche? _____

Andere Erkrankungen o ja o nein Wenn ja, welche? _____

Besteht ein Tetanus-Impfschutz? o ja o nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? o ja o nein Welche? _____



Kompetenzteam für Zahnheilkunde
KONZEPT.KOMPETENZ.QUALITÄT.SERVICE

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

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

Patient/in:

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für folgende Zwecke zu:

- die Verarbeitung von Gesundheitsdaten von Patienten zum Zweck der Erfüllung gesetzlicher Dokumentationspflichten
- die Verarbeitung und Weitergabe (auch telefonisch, per Email oder Fax) von Patientendaten zur Planung und Durchführung von Behandlungen z.B. an Anästhesisten, Chirurgen, Zahntechniker, o. Ä.
- die Verarbeitung von Patientendaten zum Zweck der Erstellung einer Abrechnung
- die Verarbeitung von Patientendaten zur Forderungsdurchsetzung
- die Verarbeitung von Patientendaten im Zusammenhang mit einem Recall-System

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 des Patienten / des gesetzl. Vertreters