



Anamnesebogen Kinder

Name Patient*in
Geburtsdatum Patient*in

Adresse Patient*in
.....

Name Versicherte*r
Geburtsdatum Versicherte*r

Adresse Versicherte*r
(nur falls abweichend)

Telefonnummer Ansprechperson/ Erziehungsberechtigte*r

Wünschen Sie eine Erinnerung für die nächste Routinekontrolle für Ihr Kind? Ja o Nein o
Falls ja: jährlich o halbjährlich o
Wie möchten Sie erinnert werden?

- Schriftlich per Brief o telefonisch o per Email o

Sehr geehrte Eltern,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird der Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung dem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

1. Befand sich Ihr Kind innerhalb der letzten **zwei Jahre** Ja o Nein o
in ärztlicher Behandlung?

Falls ja, was war der Grund dafür?

2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja o Nein o

Falls ja, welche?

3. Besteht bei Ihrem Kind eine Medikamentenunverträglichkeit? Ja o Nein o

Falls ja, gegen welche Medikamente?

4. Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? Ja o Nein o

Falls ja, welche?



5. Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Krankheiten?

- | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|----|-----------------------|------|-----------------------|
| - Infektionskrankheit (HIV, Tuberkulose, Hepatitis, etc.) | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| - Lebererkrankung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| - Herzerkrankung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| - Nierenerkrankung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| - Diabetes | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| - Magen-Darm-Erkrankung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| - Asthma/sonstige Lungenerkrankung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| - Blutkrankheit oder Blutgerinnungsstörung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| - Nervenerkrankung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| - Schilddrüsenerkrankung | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| - Sonstiges | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |

Sollten Sie eine oder mehrere Krankheiten mit `Ja` beantworten, erläutern Sie uns bitte kurz um was es sich handelt.

.....
.....

6. Wurde Ihr Kind im letzten Jahr operiert? Wenn ja, in welcher Körperregion?

.....

7. Gab/ gibt es Verletzungen im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich? Ja Nein

8. Falls Ihr Kind schon einmal im Mundbereich betäubt wurde, hat es die Spritze gut vertragen? Ja Nein

9. Wurde Ihr Kind in letzter Zeit geröntgt? Ja Nein
- Falls ja, in welcher Körperregion?

10. Bitte teilen Sie uns den Namen und die Anschrift des Haus-/Kinderarztes mit:

.....
.....

11. Gibt es einen bestimmten Grund für, warum Sie uns aufsuchen? (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle, etc.)

.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte*r



Datenschutzerklärung bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO

Mir wurde die Datenschutzerklärung der Praxis zu meiner Information ausgehändigt. Ich habe diese zur Kenntnis genommen und bin mit der Erhebung meiner Daten und den Daten meines Kindes im dort genannten Umfang einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

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

- Externe Abrechnungsfirma

Sehr geehrter Eltern,

um den Verwaltungsaufwand gering zu halten und diese Behandlung bzw. unsere zahnärztlichen Leistung gegenüber der Krankenkasse best- und schnellstmöglich abrechnen zu können, arbeiten wir mit einer externen Abrechnungsfirma zusammen.

Ich stimme hiermit der Weitergabe der Behandlungsinformationen für den Zweck der Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen an die externe Verwaltungskraft

Zahnmedizinischer Abrechnungsservice
Yvonne Ziß
Robert-Koch-Strasse 6
63579 Freigericht
zu.

Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. 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 Erziehungsberechtigte*r