

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns um ihr persönliches Anliegen kümmern, benötigen wir neben den persönlichen Angaben auch Informationen über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Wir weisen daraufhin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht geltend machen zu können. Wir weisen Sie weiter darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung von den Zahnärzten/innen oder anderen Mitarbeitern der Zahnarztpraxis Dr. Pfeifer weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

*Ihr Praxisteam*

## Kind

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Versicherung \_\_\_\_\_

Für Privatversicherte: Besteht ein Basistarif?  Ja  Nein

## Mitglied (über welche Person ist das Kind versichert?)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

## weitere/r Erziehungsberechtigte/r

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragen

Mein Kind ist heute zum ersten Mal beim Zahnarzt?  Ja  Nein

Die Zähne werden geputzt  vom Kind selbst  mit Hilfe der Eltern  von den Eltern

Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund?  Ja  Nein

Schnarcht Ihr Kind beim Schlafen  Ja  Nein

Ist Ihr Kind schon mal auf die Zähne gefallen, gab es einen „Zahnunfall“?  Ja  Nein

**Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen und ggf. ergänzen:**

- Medikamente werden regelmäßig eingenommen \_\_\_\_\_
- Herzerkrankungen (z.B. Herzschwäche) \_\_\_\_\_
- Zustand nach Herzinfarkt, Schlaganfall (wann?) \_\_\_\_\_
- Kreislauferkrankungen (z.B. Bluthochdruck) \_\_\_\_\_
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankung \_\_\_\_\_
- Augenerkrankungen, künstliche Linse \_\_\_\_\_
- Bluterkrankungen, Blutungsneigung \_\_\_\_\_
- Infektionserkrankungen \_\_\_\_\_
- Erkrankungen des Nervensystems \_\_\_\_\_
- Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma) \_\_\_\_\_
- Künstliche Gelenke, Stents, Implantate \_\_\_\_\_
- Ohnmachtsneigung \_\_\_\_\_
- gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS) \_\_\_\_\_
- Allergien, Unverträglichkeiten (z.B. Antibiotika) \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind schon mal im Kopf-/Zahnbereich geröntgt?  Ja  Nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen. Teilen Sie unserer Praxis bitte künftige Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes mit. Der Gesundheitsfragebogen muss spätestens alle 12 Monate aktualisiert und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

Die Erklärungen auf diesem Gesundheitsfragebogen habe ich verstanden. Der Abschluss des Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

Vor der Einwilligung wurde ich darauf hingewiesen, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung der Daten meines Kindes erst für die Zukunft besteht.

Mir wurde die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis Dr. Pfeifer zur Verfügung gestellt. Ich habe diese zur Kenntnis genommen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis einsehen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r