

**Dr. Charlotte Pfeifer
Zahnästhetik**

Wallstraße 51 – 21335 Lüneburg
Telefon: 04131-42722 – Telefax: 04131-41418
anmeldung@zahnarzt Pfeifer.de

Anamnesebogen KIND - Neupatient

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

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
E-Mail privat: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Wer ist Hauptversicherter (über welche Person ist das Kind versichert)?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Weitere/r Erziehungsberechtigte/r

Name, Vorname _____
Anschrift _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Krankenversicherung _____

Für Privatversicherte:
Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja o nein o
Besteht ein Basistarif: ja o nein o

Zahnärztliche Gesundheitsfragen

Mein Kind ist heute zum ersten Mal beim Zahnarzt? ja o nein o
Die Zähne werden geputzt o vom Kind selbst o mit Hilfe der Eltern o von den Eltern
Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund? ja o nein o
Schnarcht Ihr Kind beim Schlafen ja o nein o
Wird eine fluoridhaltige Zahnpasta verwendet? ja o nein o
Wenn ja welche? _____ Wer trägt diese auf? _____
Wird Zahnseide verwendet? ja o nein o
Lassen Sie Ihr Kind impfen? ja o nein o

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen und ggf. ergänzen:

Leidet Ihr Kind an einer Allergie? ja nein

Wenn ja, welche?

Magen-/Darmerkrankung? ja nein

Herz-/Kreislaufferkrankung? ja nein

Gerinnungsstörungen? ja nein

Hoher Blutdruck? ja nein

Niedrigen Blutdruck? ja nein

Diabetes? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Lungenerkrankung? ja nein

Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis)? ja nein

Künstliche Gelenke oder Implantate? ja nein

Nierenerkrankung? ja nein

Migräne? ja nein

Augenerkrankung? ja nein

Krebserkrankung? ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein

Sonstiger Grund

Zahnschmerzen? ja nein

Blutet das Zahnfleisch? ja nein

Sind Zähne gelockert? ja nein

Sind Schmerzen im Kiefergelenk vorhanden? ja nein

Wurden innerhalb der letzten 6 Monate im Kopf-/Zahnbereich geröntgt? ja nein

Gab es in der Vergangenheit zahnärztliche Behandlungen? ja nein

Wenn ja, in welcher Form? _____

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, in welcher Form? _____

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 und/oder der Versicherungsverhältnisse mit. Der Anamnesebogen muss spätestens alle 12 Monate aktualisiert und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

Die Erklärungen auf diesem Gesundheitsfragebogen habe ich verstanden. Der Abschluss meines 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 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 einsehen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Lüneburg, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter