



ANAMNESEBOGEN KINDER UND JUGENDLICHE VOM 11. BIS 18. LEBENSJAHR

Liebe Eltern unserer jungen Patientinnen und Patienten,
wir begrüßen Sie und Ihr Kind herzlich in unserer Praxis. Da allgemeine Erkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und der aktuellen DSGVO (Näheres hierzu bitte siehe Seite 4). Herzlichen Dank. Bei Fragen sprechen Sie uns gern an.

Ihr Team von ...die mit dem Apfel!

ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZUR PATIENTIN

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

ANGABEN ZUR/ZUM VERSICHERTEN

Bitte nur ausfüllen, wenn Patient/Patientin in einer Familienversicherung mitversichert ist.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

ANGABEN ZUR/ZUM ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Wer ist erziehungsberechtigt?

Mutter Vater beide

Falls abweichend zum/zur Versicherten:

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Name der Krankenkasse _____

gesetzlich versichert

private Zusatzversicherung

freiwillig versichert

beihilfeberechtigt

DIE GESUNDHEITSSITUATION IHRES KINDES

Um Risiken im Vorfeld der Behandlung einschätzen zu können, beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nach dem Gesundheitszustand Ihres Kindes bitte möglichst genau.

Allgemeinmedizin

Kinderarzt (Name und Adresse)

| | ja | nein |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Endokarditisprophylaxe (vorbeugende mediz. Maßnahmen zur Verhinderung einer infektiösen Herzinnenhaut-Entzündung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Diabetes

| | | |
|--------|--------------------------|--------------------------|
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lungenerkrankung (Asthma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------|--------------------------|--------------------------|

ja nein

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Infektionskrankheit (z. B. HIV, Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja, welche?

| | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-----------|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja, welche?

| | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|--------------------------|

| | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja, welche?

| | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sonstige Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja, welche?

| | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja, welche?

Zahnmedizin

Was ist Ihr Anliegen (z. B. Beratung, Zweitmeinung, Prophylaxe, Kontrolluntersuchung)?

| | | |
|--|----|------|
| Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme? | ja | nein |
|--|----|------|

| | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------|--------------------------|--------------------------|

vorbehandelnder Zahnarzt (Name und Adresse)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (z. B. Internet, persönliche Empfehlung, Facebook)?

Wenn persönliche Empfehlung, von wem?



ZAHNGESUNDHEIT

Mundhygiene

Wie oft putzt Du Deine Zähne am Tag? weniger als einmal ein- bis zweimal ____ -mal
 Reinigst Du Deine Zahnzwischenräume? ja nein

Fluoridangebot

Welche Zahnpasta verwendest Du? _____
 Wird zu Hause fluoridiertes Speisesalz verwendet? ja nein

Ernährung

Wie oft am Tag isst Du? zwei- bis fünfmal über fünfmal
 Was trinkst Du? _____

Rauchen

Rauchst Du? ja nein
 Hast Du geraucht? ja nein

Funktion

Knirschst oder presst Du mit den Zähnen? ja nein
 Hast Du sonstige Angewohnheiten? ja nein
 Zungenbeißen, Zungenpressen, Wangenbeißen, Wangensaugen, Mundatmung (Zutreffendes bitte unterstreichen)

An dem Termin Ihres Kindes ist die Zeit nur für sie/ihn reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten und verkürzt Wartezeiten. Bei nicht abgesagten Terminen werden Ihnen die Ausfallzeiten in Rechnung gestellt.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit der von Ihnen gemachten Angaben auf den Seiten 1 bis 3 sowie die Kenntnisnahme der Ausfallgebühr mit Ihrer Unterschrift. Herzlichen Dank.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

bei Minderjährigen: Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten _____



DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Liebe Eltern unserer jungen Patientinnen und Patienten,
seit dem 25. Mai 2018 gilt in Europa eine neue Datenschutzverordnung für den Umgang mit Patientendaten (DSGVO). Um für Ihr Kind eine optimale Versorgung gewährleisten zu können, benötigen wir Ihre Zustimmung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten ausschließlich für die Zusammenarbeit mit unseren Dentallaboren, den Krankenkassen und anderen Ärzten (zum Beispiel für die Anforderung von Röntgenbildern). Außerdem benötigen wir Ihre Zustimmung dafür, dass wir Sie kontaktieren dürfen (zum Beispiel für unseren Wiederbestellservice oder für Terminerinnerungen).

Angaben der/des Erziehungsberechtigten/n

Name _____

Geburtsdatum _____

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Name _____

Geburtsdatum _____

- Ich stimme der Speicherung der personenbezogenen Daten meines Kindes für den Zweck der Zusammenarbeit mit Dentallaboren, medizinische Fachlabore, Krankenkassen, anderen Praxen z. B. bei Überweisungen oder Anforderung von Röntgenbildern (nach Absprache mit Ihnen), Weitergabe an unsere Abrechnungsstelle, der Übermittlung per Telematik-Infrastruktur, sowie der Aufnahme in unser Wiederbestell-/Erinnerungssystem durch die Praxis zu.

Ferner stimme ich zu, dass, nach Absprache, die personenbezogenen Daten meines Kindes (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe, Röntgenbilder), auch Fotos, an mit- oder weiterbehandelnde Ärzte, Dentallabore und medizinische Fachlabore zu medizinischen Zwecken dokumentiert und übermittelt werden dürfen.

Ich entscheide selbst mit, welche Daten meines Kindes an welchen Arzt oder Zahnarzt, Dentallabor oder medizinisches Labor weitergegeben werden dürfen. Um eine möglichst gute Behandlung zu gewährleisten, sollten jedoch alle für die Behandlung notwendigen Daten übermittelt werden.

- Ich stimme dem gewünschten und/oder notwendigen* Terminerinnerungs-Service sowie der damit verbundenen Speicherung der personenbezogenen Daten meines Kindes durch die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. dent. Karsten Niemann und Dr. med. dent. Patrick Wende zu. (* bei längeren Behandlungen)
- Bitte rufen Sie mich an.
- Bitte schicken Sie mir eine E-Mail oder SMS (bitte Zutreffendes unterstreichen).

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich die 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 meiner Daten nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Gemäß Art 17 DSGVO kann ich jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Ich habe ferner das Recht, mich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn ich der Ansicht bin, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Barbara Thiel, Postfach 221, 30002 Hannover oder
Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Unterschrift

Ort, Datum _____ Erziehungsberechtigter/r _____

