



## ANAMNESEBOGEN KINDER BIS 6. LEBENSJAHR

Liebe Eltern unserer kleinen 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 ab 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\* \_\_\_\_\_

### 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

\* freiwillige Angabe

## 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. Röteln, Masern, MRSA, Tuberkulose, Hepatitis)

Wenn ja, welche?

Allergien

Wenn ja, welche?

Osteoporose

Tumorerkrankung

Wenn ja, welche?

Sonstige Krankheiten

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind Nahrungsergänzungsmittel ein? 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?

---

vorbehandelnder Zahnarzt (Name und Adresse)

---

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

---

Wenn persönliche Empfehlung, von wem?

---

\* freiwillige Angabe



## DIE ZAHNGESUNDHEIT IHRES KINDES

### Mundhygiene

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag?  weniger als einmal  ein- bis zweimal  -mal  
 Putzen Sie die Zähne nach?  immer  selten  nie

### Fluoridangebot

Nimmt Ihr Kind Fluoridtabletten?  ja  nein  
 Kochen Sie mit fluoridiertem Salz?  ja  nein

Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind?

zu Hause \_\_\_\_\_

im Kindergarten/in der Kinderkrippe \_\_\_\_\_

### Ernährung

Wie oft am Tag isst Ihr Kind?  zwei- bis fünfmal  über fünfmal  
 Isst Ihr Kind langsam?  ja  nein  
 Wie oft am Tag trinkt Ihr Kind zuckerhaltige Getränke?  zwei- bis fünfmal  über fünfmal

### Funktion

Atmet Ihr Kind durch den Mund?  ja  nein  
 Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?  ja  nein  
 Trinkt Ihr Kind langsam?  ja  nein  
 Trinkt Ihr Kind nachts?  ja  nein  
 Nimmt Ihr Kind noch eine Flasche mit Sauger?  ja  nein  
 Nimmt Ihr Kind einen Schnuller?  ja  nein

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



# DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Kinder,  
im Rahmen der Behandlung Ihres Kindes müssen wir Daten zu Ihrer Person und Daten von Ihrem Kind erheben, sowie Ihrem Versicherungsstatus und zum Gesundheitszustand des Kindes. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, nachfolgend die Informationen:

## Name und Kontaktdaten des für die Verarbeitung Verantwortlichen sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten gemäß Artikel 4 Abs. 7 DSGVO

Diese Datenschutz-Information gilt für die Datenverarbeitung durch/verantwortlich ist:

Berufsausübungsgemeinschaft

Dr. med. dent. Karsten Niemann,

Dr. med. dent. Patrick Wende

Ronnenberger Straße 18

30952 Ronnenberg

Telefon (05 11) 2 62 00 24

Telefax (05 11) 2 62 00 27

E-Mail: [praxis@die-mit-dem-apfel.de](mailto:praxis@die-mit-dem-apfel.de)

Sie erreichen unseren zuständigen Datenschutzbeauftragten unter: [micfra@micfra.net](mailto:micfra@micfra.net)

Personenbezogene Daten von Ihrem Kind und Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z. B. per E-Mail oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin ausmachen wollen. Erscheint Ihr Kind zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie des Kindes erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- persönliche Angaben von Ihrem Kind und Ihnen (z. B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus);
- Gesundheitsdaten vom Kind (Anamnese, Befunde, Therapie)

Im Falle der Abrechnung der Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Ist Ihr Kind privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, die Daten an die Kasse zu übermitteln.

Um Ihr Kind im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir die persönlichen Daten und Gesundheitsdaten Ihres Kindes verarbeiten.

Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO).

Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre.



# DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Um Ihnen einen optimalen Service zu bieten, bitten wir Sie um folgende Einwilligungen.

- Ich stimme der Verarbeitung von Personen- und Gesundheitsdaten für den Zweck eines Recall-Systems zur zahnmedizinischen Prävention (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO) zu.

Die Erinnerung soll erfolgen (bitte ankreuzen):

- Mail       SMS       Anruf

- Ich stimme der Weitergabe von Personen- und Gesundheitsdaten von meinem Kind für den Zweck der Weiterbehandlung bei anderen Ärzten und Zahnärzten, Heilpraktikern, Therapeuten des Gesundheitswesens, medizinischen Laboren und Zahnlaboren zu (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

- Ich stimme der Weitergabe von Personen- und Gesundheitsdaten von meinem Kind für den Zweck der Abrechnung der Behandlung bei unserer externen Abrechnungsmitarbeiterin zu (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung per Mail oder mündlich in unserer Praxis zu widerrufen. Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie und Ihres Kindes betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren. Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen erreichen Sie unter: Barbara Thiel, Postfach 221, 30002 Hannover

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift  
Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_