

Zahnarztpraxis
Perid Grutschkowski
Lindenweg 15
01609 Röderaue/OT Pulsen

Tel.: 03 52 63/6 14 24
Fax: 035263/178705

Mail: info@zahnarzt-pulsen.de



Anamnesebogen für Kinder

Liebes Kind, sehr geehrte Eltern,

wir freuen uns, dich/Sie in unserer Praxis willkommen zu heißen. Um Ihr Kind mit einer optimalen Behandlung zu versorgen, ist es wichtig, den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes zu kennen. Hierfür bitten wir Sie, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Falls Sie mit Ihrem Kind aufgrund akuter Beschwerden einen kurzfristigen Termin erhalten haben, steht heute die Schmerzbehandlung im Vordergrund. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen einen weiteren Termin für eine ausführliche, individuelle Untersuchung und Beratung.

Name, Vorname des Kindes

Anschrift

geb. am

Name, Vorname, Geb.-Datum der Mutter

Name, Vorname, Geb.-Datum des Vaters

Telefon (privat):

Handy:

Hausarzt/Kinderarzt:

Ort(Hausarzt):

Einverständniserklärung für die Auskunft an Angehörige z.B. für Terminvereinbarung/-änderung, Mitgabe und Abholung von Unterlagen

Name und Geb.-Datum Angehöriger

Name und Geb.-Datum Angehöriger

Name und Geb.-Datum Angehöriger

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Eltern/gesetzlicher Vertreter)

Zahnarztpraxis
Perid Grutschkowski
Lindenweg 15
01609 Röderau/OT Pulsen

Tel.: 03 52 63/6 14 24
Fax: 035263/178705

Mail: info@zahnarzt-pulsen.de



Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Hat Ihr Kind Angst vor der Behandlung? ja nein

Herz-/ Kreislaufferkrankungen

Herzoperation ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein

Ohnmachtsanfälle ja nein

Drogenabhängigkeit ja nein

Raucher ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

ja nein

Asthma/Lungenerkrankungen ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein

Rheuma/Arthritis ja nein

Organtransplantiert ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Sonstige Erkrankungen: ja nein

wenn ja, welche?:

.....

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein

Lebererkrankung/Hepatitis ja nein

Tuberkulose ja nein

Infektionskrankheiten ja nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein

MRSA ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Metalle:

sonstige Allergien:.....

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig bzw. zurzeit? (ggf. bitte Kopie von Medikamentenplan anfügen) Dosierung bitte angeben! –früh-mittags-abends-

.....

.....

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Hat Ihr Kind Beschwerden in der Kaumuskulatur, an Kopf, Ohr, Kiefergelenk? ja nein

Kann es gut abbeißen und kauen? ja nein

Daumenlutschen? ja nein

Nägelkauen? ja nein

Schwierigkeiten mit der Mundöffnung? ja nein

Knacken oder Reiben im Kiefergelenk? ja nein

Ist Ihr Kind Mundatmer? ja nein

Putzt Ihr Kind selbständig seine Zähne? ja nein

Verwenden Sie fluoridhaltige Zahnpasta? ja nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Zahnarztpraxis
Perid Grutschkowski
Lindenweg 15
01609 Röderaue/OT Pulsen

Tel.: 03 52 63/6 14 24
Fax: 035263/178705

Mail: info@zahnarzt-pulsen.de



* Um keine unnötigen Wartezeiten entstehen zu lassen, bitten wir Sie, Termine pünktlich wahrzunehmen. Sollten Sie/Ihr Kind dennoch einmal verhindert sein, bitten wir Sie, Termine mindestens 24h vorher abzusagen. **Ansonsten sind wir gezwungen die Kosten für die an diesem Tag geplante Behandlung in Rechnung zu stellen.**

* Bei Kindern im Alter zw. 6 und 18 Jahren ist eine halbjährliche Untersuchung mit individualprophylaktischen Maßnahmen (Putzkontrolle) angezeigt. Weiterhin sollte das Bonusheft ab dem 13. Lebensjahr regelmäßig (kalenderhalbjährlich) geführt werden.

* Dem Einsatz von Fluoriden stimme ich zu.

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Eltern/gesetzlicher Vertreter)

Hinweise zum Datenschutz gemäß EU DSGVO **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter der Praxis zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Die Daten meines Kindes dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Zahnärzte und Ärzte, gesetzliche Krankenkassen und die KZV Sachsen, übermittelt werden und angefordert werden. Da mit der unverschlüsselten Übersendung von E-Mails erhebliche Sicherheitsrisiken verbunden sind, ist diese nur zulässig, wenn uns dazu Ihr Einverständnis vorliegt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die "Patienteninformationen zum Datenschutz in unserer Praxis" gelesen und verstanden habe.

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Übermittlung an Dentallabore bei Erstellung von Kostenvoranschlägen, Zahnersatz, Schienen und Modellen zu.

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 Eltern/gesetzlicher Vertreter)