

ANAMNESEBOGEN – KIND



Persönliche Angaben

Kind Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mutter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Vater Name _____ Vorname _____ geb. _____

Kontaktdaten Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Tel. (Privat) _____ Mobil _____

Tel. (Arbeit) * _____ E-Mail * _____

Beruf der Eltern * Mutter _____ Vater _____

Das Kind ist mitversichert bei _____

Krankenkasse _____ beihilfeberechtigt zusätzlich versichert
 freiwillig versichert privat versichert

Kinderarzt _____ Tel. _____



Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

	ja	nein		ja	nein
Auffälligkeiten während der Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose (TBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genetische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankungen an Schilddrüse, Niere oder Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Erkrankungen ja nein Wenn ja, welche? _____

Allergien ja nein Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein? _____

Auf welche Medikamente reagiert Ihr Kind empfindlich? _____

Für unsere weiblichen Patienten

Ist Ihre Tochter schwanger? ja nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

Befinden sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, aus welchem Grund _____

Bei welchem Arzt (Name, Ort) _____ Seit wann _____



Sonstige Fragen *

Situation der Zahn-/Mundgesundheit Ihres Kindes

- War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt? ja nein
Luscht Ihr Kind oder hat es gelutscht, z. B. am Daumen? ja nein
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Betreuender Kieferorthopäde (Name, Ort) _____ Seit wann _____

Erhält Ihr Kind Fluoride?

Wenn ja, welche? Speisesalz Zahnpasta Tabletten andere _____

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne? 1 x täglich 2 x täglich 3 x täglich

Grund Ihres Besuchs

- Kontrolluntersuchung Zahnknirschen Kopf-/Nackenschmerzen Kiefergelenkbeschwerden
 Zahnfleischbluten Zahnschmerzen Migräne Mundgeruch / Mundtrockenheit

andere Beschwerden _____

Was dürfen wir bei Ihrem Kind besonders berücksichtigen?

- Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ja nein Sonstiges _____
Starker Würgereiz ja nein
Starke Schmerzempfindlichkeit ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____



Einwilligungserklärung durch den/die Patient/in und des/der Versicherungsnehmers/in für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich/wir stimme/n hiermit der Speicherung meiner/unsere(r) personenbezogenen Daten für den Zweck der Aufnahme einer Patientenakte im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung durch die Zahnarztpraxis Dr. Yonca Kayar zu.

Ich/wir bin/sind darauf hingewiesen worden, dass ich/wir diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann/können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir/uns ist bekannt, dass mein/unsere(r) 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 Erziehungsberechtigte/r



Unser Recall-System*

Ich möchte den „Recall-Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen, dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Untersuchungstermin per Brief E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r