

Name:

Adresse:

Liebe Eltern,

um uns bei der Behandlung besser auf Ihr Kind einstellen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu der allgemeinen gesundheitlichen Verfassung.

Verschiedene Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Darüber hinaus möchten wir gern einige Vorlieben Ihres Kindes erfahren, um diese in die Behandlung integrieren zu können.

Wir möchten Sie darum bitten, den folgenden **Anamnesebogen** sorgfältig auszufüllen.

Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden Ihren Unterlagen beigelegt.

Vielen Dank, Ihre Zahnärztin!

Name und Adresse des Kinderarztes:

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:	Ja /	Nein
1. Allergien		
- Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	0	0
wenn ja, welche:		
- Heuschnupfen, Ekzeme	0	0
- Andere	0	0
2. Herz		
- Funktionsstörung Herz	0	0
- Andere	0	0
3. Blut		
- Blutungsneigung /Gerinnungsstörung	0	0
4. Stoffwechselerkrankungen		
- Diabetes mellitus (Typ 1)	0	0
- Schilddrüsenerkrankung		
- Unterfunktion	0	0
- Überfunktion	0	0
- Andere	0	0
5. Lungenerkrankungen		
- Asthma / Chronische Bronchitis	0	0
- Andere	0	0
6. Andere Erkrankungen	0	0
.....		
7. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	0	0
.....		
8. Fluorid		
- Tabletten	0	0
- Jodsalz mit Fluorid	0	0
- Fluoridgel	0	0
- Zahnpasta mit Fluorid	0	0

9. Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich?

.....

10. Vorlieben beim Essen?

.....

11. Welche Freizeitbeschäftigung führt Ihr Kind gern aus?

.....

12. Was ist die Lieblingsfarbe?

13. Dürfen wir Sie an den zahnärztlichen
Kontrolltermin erinnern (Recallsystem)? Ja 0 Nein 0

Liebe Eltern!

Ihre Hilfe bei der Behandlung ist uns sehr wichtig!

Bitte im Sprechzimmer nie Ausdrücke wie "Du brauchst keine Angst haben" oder "Es tut nicht weh" verwenden. Ihr Kind hört nur "Angst" oder "weh" und eine entspannte Behandlung ist nicht möglich!

Hiermit möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir nach BGB§615 berechtigt sind, Ihnen eine Rechnung für nicht wahrgenommene Termine zu stellen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vorher ab!

Datenschutz:

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck
1. Übermittlung an Dentallabor (Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten.)
2. Recall-System (Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch)
3. Praxisinformationen (Flyer mit Informationen über Praxisangebote)
durch die Praxis 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).

Damit wir Sie bei eventuellen Terminänderungen schnell informieren können, geben Sie uns bitte Ihre Telefonnummer an:

.....

Datum,

Unterschrift Erziehungsberechtigter: