

# Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche



Liebe Patienten,  
herzlich willkommen in unserer Praxis! Für eine sorgfältige Untersuchung benötigen wir die genaue Beantwortung des folgenden Fragebogens. Vielen Dank.

Name, Vorname der Patientin/des Patienten \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ weiblich  männlich

Adresse (Straße, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Hauptversicherten \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Beruf des Hauptversicherten \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Telefon (privat/mobil) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

privat versichert bei \_\_\_\_\_ Basistarif  beihilfeberechtigt

gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_ pflichtversichert  freiwillig versichert

Name des behandelnden Zahnarztes \_\_\_\_\_

Überwiesen/empfohlen von Zahnarzt  Familie/Freunde/Bekannte  Sonstiges \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind einen Unfall, bei dem Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt wurden und verloren gingen?

Ja  Nein

Operationen im Kiefer-/Gesichtsbereich (z.B. Lippenbändchen, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte) Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Schwere oder lang andauernde Erkrankungen (z.B. Diabetes, Herzfehler, Blutkrankheiten, Epilepsie, Hepatitis)

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien? Welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Atmet Ihr Kind eher durch die Nase  oder durch den Mund?

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht oder einen Schnuller gehabt? Ja  Nein

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Lippen, Nägel, Kleidung o.ä.? Ja  Nein

Besteht ein Sprachfehler? Ja  Nein

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten? Ja  Nein

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt? Ja  Nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kopfbereich geröntgt? Ja  Nein

Wenn ja, wann und bei wem? \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift oder anderer Angaben rechtzeitig mit!



Ich gebe mein Einverständnis zum Erhalt von Rechnungen in elektronischer Form.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Da wir unsere Termine meist langfristig vergeben, würden wir Sie gerne kurz vor Ihrem Termin per SMS daran erinnern.

Ja, ich bin mit der Terminerinnerung per SMS einverstanden

Nein, ich wünsche keine Terminerinnerung per SMS

## DATENSCHUTZINFORMATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) der EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich.

Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen MitarbeiterInnen Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle MitarbeiterInnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

Wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten (z.B. Röntgenbilder, Befunddaten, Arztbriefe) bei mitbehandelnden Kollegen (z.B. Zahnärzte, Kieferchirurgen, Kliniken, Logopäden, Physiotherapeuten) an bzw. übermitteln Ihre Patientendaten ggf. an mitbehandelnde oder weiterbehandelnde Kollegen, weil sie von uns bzw. den Kollegen benötigt werden.

Die in unserer Praxis erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Patientendaten werden von uns, abhängig von der gewählten Behandlungsmethode, ggf. an folgende Dienstleister, mit denen wir zusammenarbeiten, übermittelt:

- Computer konkret AG (Theodor-Körner-Str.6), 08223 Faltkenstein/ Vogtl.
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein (Abrechnung gesetzliche Krankenkassen), Lindemannstr.34-42,40237 Düsseldorf
- PVS rhein-ruhr (Abrechnung für Privatpatienten), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim a.d.R.
- Align Technology BV (Fremdlabor Invisalign®), Arlandaweg 161, 1043HS Amsterdam
- DW Lingual Systems GmbH (Fremdlabor Lingualbrackets), Lindenstr. 44, 49152 Bad Essen
- IT System Deutschland

Ich willige durch meine Unterschrift in die Erhebung sowie die elektronische Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung ein.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten / Versicherten