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!

ZAHNFREUDE KIEFERORTHOPÄDIE — **DR. BAHAREH WYMAR**
Schönhauser Str. 62, 50968 Köln
Apo Bank — IBAN DE08 3006 0601 0108 0513 21 BIC DAAEDEDDXXX
praxis@zahnfreude-koeln.de — Telefon 0221-670094-0 — Fax 0221-670094-1
zahnfreude-koeln.de

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 Schweigepflichtserklärung 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 (Software digitale Patientenakte)Theodor-Körner-Str.6, 08223 Falkenstein
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein (Abrechnung gesetzliche Krankenkassen), Lindemannstr.34-42,40237 Düsseldorf
- PVS rhein-ruhr (Rechenzentrum), 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 Service Deutschland GmbH Kölner Str. 41, 53840 Troisdorf
- iie-Systems GmbH & Co. KG (E-Mail Terminservice) Georgstr. 24, 49809 Lingen

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