

Anamnesebogen Kinder und Jugendliche

Pat. Nr. _____

**Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Wir freuen uns, dass Sie uns Besuchen und Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Sie helfen uns mit den folgenden Angaben, Ihre Behandlung optimal zu gestalten. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Punkte soll dazu beitragen, Ihre Gesundheitszustand gut beurteilen zu können und mögliche Komplikationen während der Behandlung zu vermeiden. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Mitglied/ Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Anschrift

Straße/ Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon

Privat _____ dienstlich _____ mobil _____ Email _____

Erziehungsberechtigte

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____ Telefon _____

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____ Telefon _____

Krankenkasse / Versicherung _____

- Privat versichert Beihilfeberechtigt gesetzlich
 Privat versichert – im Basistarif Zusatzversicherung

Kinder-/Hausarzt:

Name _____ Ort _____ Telefon _____

Fragen zu bestehenden oder früheren Erkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sind bei den Eltern Allergien bekannt? Worauf? _____ ja nein

Sind beim Kind Allergien bekannt? ja nein

Falls ja worauf? _____

Hat Ihr Kind eine der nachfolgenden Krankheiten?

- HIV/Aids ADS ADHS Herzerkrankung Rheuma
 Epilepsie Hörstörung Lungenerkrankung Tumor
 Lebererkrankung Tuberkulose Muskelschwäche Hepatitis
 Neurodermitis Asthma Blutgerinnungsstörungen Leukämie
 Nierenerkrankung Diabetes

sonstige Krankheiten: _____

Hat Ihr Kind sonst eine körperliche oder geistige Behinderung? ja nein

Falls ja welche? _____

Bitte wenden!

Hatte Ihr Kind bereits:

- Drei-Tage-Fieber Masern Windpocken Scharlach

Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen? ja nein

Wo wurde die Narkose durchgeführt, wann und warum? _____

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? ja nein

Falls ja, welche? _____

War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt? ja nein

Hat Ihrem Kind dabei etwas nicht gefallen? _____

Der Grund Ihres heutigen Besuches? _____

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? ja nein

Falls ja, welche Getränke und warum? _____

Welche Fluoridpräparate bekommt Ihr Kind?

- Fluoretten Fluoridsalz Fluoridgel Zahnpasta

Verzehrt Ihr Kind viele Süßigkeiten / gesüßte Getränke? ja nein

Nimmt Ihr Kind den Schnuller oder lutscht es am Daumen? ja nein

Recall: Ich möchte in fest vereinbarten Zeiträumen von der Praxis benachrichtigt werden, um einen Termin für meine Vorsorgeuntersuchung und/oder medizinische Zahnreinigung (PZR) zu vereinbaren.

<input type="checkbox"/> Benachrichtigung ja :	<input type="checkbox"/> ½ jährlich oder <input type="checkbox"/> 1x im Jahr
<input type="checkbox"/> Benachrichtigung nein	

Was ist Ihnen wichtig?

Wichtige Hinweise:

Vereinbarte Termine

Ihre Zeit ist kostbar, unsere auch: Deshalb wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Wir vergeben verbindliche Termine, um Ihnen Warte- und uns Leerlaufzeiten zu ersparen. Bei entsprechenden Terminen reservieren wir Ihnen zum Teil mehrere Stunden.

Um Ihnen und uns Ärger und Kosten zu ersparen, bitten wir Sie, alle Termine pünktlich einzuhalten und diese bei Verhinderung rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Für den Fall, dass Sie vereinbarte Termine nicht rechtzeitig absagen, können wir Ihnen gegebenenfalls die uns durch den Ausfall entstandenen Kosten berechnen (gemäß §615 BGB).

Behandlung unter Lokalanästhesie

Bei Behandlungen in Lokalanästhesie können trotz aller Sorgfalt Störungen oder Komplikationen auftreten. Diese sind im beiliegenden Aufklärungsformular zusammengestellt.

Das Aufklärungsformular zur Lokalanästhesie habe ich gelesen, verstanden und habe eingewilligt. Alle Fragen wurden beantwortet und mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann.

Mir wurde ein Exemplar der Aufklärung zur Lokalanästhesie ausgehändigt.

Datenschutzverordnung

Am 28.05.2018 trat die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und das aktualisierte Bundes-Datenschutzgesetz (BDSG-neu) in Kraft. Im Rahmen der Behandlung erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt.

Die Hinweise zur Datenverarbeitung liegen zur Kenntnisnahme im Wartezimmer aus.

Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben. Sollten beim Ausfüllen des Fragebogens bei irgendeinem Thema Schwierigkeiten auftreten, sprechen Sie uns bitte darauf an. Je genauer wir informiert sind, desto besser können wir Sie behandeln.

Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden und nach meinem besten Wissen beantwortet.

Regensburg, den _____

Unterschrift Patient/in ggf. gesetzlicher Vertreter/in

Version 2	Datum 08.06.2018	Bearbeiter GeserE	Seite 2 von 2
--------------	---------------------	----------------------	---------------