



KINDER-ANAMNESEBOGEN

DR. PAVEL WEINSTEIN
ZAHNARZTPRAXIS

Liebe Eltern, wir heißen Sie mit Ihrem Kind in unserer Praxis herzlich willkommen!

Damit wir Ihrem Kind in unserer Praxis eine möglichst angenehme Zahnbehandlung zukommen lassen können, benötigen wir für unsere Vorbereitung einige Informationen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) sehr ernst. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis. Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach.

PATIENTENDATEN

Freiwillige Angaben sind mit * gekennzeichnet

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon Privat* _____

Kinderarzt _____

VERSICHERTENDATEN

(Sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Name _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon Privat* _____

E-Mail* _____

Arbeitgeber* _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Krankenversicherung gesetzlich privat

Zahnzusatzversicherung vorhanden ja nein

Name der Versicherung _____

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?	JA	NEIN	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	JA	NEIN
1 Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? <input type="radio"/> Schmerz <input type="radio"/> Kontrolle <input type="radio"/> Karies <input type="radio"/> Sonstiges _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu? <input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Zuckerkrankheit <input type="radio"/> Anfallsleiden <input type="radio"/> Hörstörungen <input type="radio"/> Spastik <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/> Nierenerkrankung <input type="radio"/> Lungenerkrankungen <input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> Lebererkrankung/Gelbsucht <input type="radio"/> Nervenerkrankungen <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankung <input type="radio"/> geistige Verzögerung <input type="radio"/> Immunschwäche (AIDS) <input type="radio"/> ADHS <input type="radio"/> Lernbehinderung <input type="radio"/> Rheuma/rheumatisches Fieber <input type="radio"/> Erkrankungen des Blutes, Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt? (Wenn ja, wovor hat Ihr Kind speziell beim Zahnarzt am meisten Angst?) _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? <input type="radio"/> Herzoperationen <input type="radio"/> angeborener oder erworbener Herzfehler <input type="radio"/> Sonstiges? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Hatte Ihr Kind schon einmal schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt durch: <input type="radio"/> Schmerz <input type="radio"/> Festhalten <input type="radio"/> falsche Versprechungen <input type="radio"/> Spritze <input type="radio"/> andere Vorkommnisse Wenn ja, welche? _____ _____ Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Bitte wenden ►



Dr. Pavel Weinstein, M.A
Zahnarzt

Bahnhofstraße 40
A-6800 Feldkirch

TEL +43 (0)5522 32493
FAX +43 (0)5522 83339

ordination@zahnarzt-weinstein.at
www.zahnarzt-weinstein.at

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

JA NEIN

Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

JA NEIN

6 Bestehen sonstige Erkrankungen?
(Wenn ja, welche?) _____

JA NEIN

9 Gab es Probleme bei der Schwangerschaft/Geburt?
(Wenn ja, warum?) _____

JA NEIN

7 Hat Ihr Kind Allergien?
(Wenn ja, worauf?) _____

JA NEIN

10 Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund? JA NEIN

11 Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? JA NEIN

8 Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?
(Wenn ja, welche?) _____

JA NEIN

12 Hat Ihr Kind eine Tetanusimpfung und alle anderen empfohlenen Impfungen erhalten (Impfpass)? JA NEIN

13 Was sollten wir sonst noch wissen? _____

Zahnpflege

- Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern von den Eltern
- Wann werden sie geputzt? vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen
- nach dem Abendessen vor dem Zu-Bett-Gehen
- Womit werden sie geputzt? Handzahnbürste elektr. Zahnbürste Munddusche
- Zahnzwischenraumbürste Zahnseide Fingerling
- Mit welcher Zahnpasta? Kinderzahnpasta ohne Fluorid Kinderzahnpasta mit Fluorid
- Juniorzahnpasta Erwachsenenzahnpasta

Sorgerecht:

- Ich erkläre, dass ich die alleinige Obsorge habe. Ich handle im Einverständnis des zweiten Obsorgeberechtigten und vertrete ihn.
- Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

Einwilligungen:

- Ich bin mit einer eventuellen Fotodokumentation einverstanden.
- Ich möchte an den nächsten Vorsorge-/ Kontrolltermin erinnert werden. (Dieser Service ist kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.)
- Ich stimme bei Bedarf der Weitergabe der Daten meines Kindes an Vor-, Mit- und Nachbehandler (z.B. Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Hausärzte, Physiotherapeuten, usw.) ausdrücklich zu. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben und gebe mein Einverständnis zur Speicherung der Daten meines Kindes.

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Zahnarztpraxis die Behandlungsdaten und Befunde meines Kindes nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, die für mein Kind vereinbarten Behandlungstermine einzuhalten bzw. diese min. 48 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass die Praxis nach dem Bestellsystem geführt wird und nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort / Datum

Unterschrift

