



# 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 ►



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?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

10 Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund?

11 Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer  
Behandlung?

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

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

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  
 Ich bin nicht erziehungsberechtigt.  Obsorgeberechtigten und vertrete ihn.

## 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

