



Kinderanamnesebogen

Liebe Eltern,

um Ihr Kind mit der bestmöglichen Vorsorge und zahnmedizinischen Sorgfalt behandeln zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz! Bei Unklarheiten hilft Ihnen unser Praxisteam gerne weiter.

Name (Kind)	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort

Über wen ist Ihr Kind versichert?

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort

Telefon	E-Mail
---------	--------

Versicherung: Gesetzlich Privat

Wer ist ihr Kinderarzt? _____

Grund des heutigen Besuches: _____

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Wenn ja, wann? _____

Trifft einer der nachfolgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Spastik |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ADHS |
| <input type="checkbox"/> Autismus | <input type="checkbox"/> Trisomie 21 | | | |

Hat Ihr Kind Herz- oder Kreislauferkrankungen? Wenn ja, welche: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche: _____

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem: _____

Was sollten wir noch wissen? _____

Ist Ihr Kind zur Zeit frei von ansteckenden Krankheiten? Wenn nicht, welcher: _____

Ist ihr Kind vollständig geimpft? Wenn nein, welche Impfung fehlt? _____



Zahnpflege

Werden oder wurden D-Fluorettten gegeben? Ja Nein Wird Fluorid-Gel verwendet (z.B. Elmex Gelee) Ja Nein

Lutschgewohnheiten

Lutscht Ihr Kind oder hat es gelutscht? Wenn ja, woran? _____

Zu statistischen Zwecken möchten wir erfahren, wie Sie auf uns aufmerksam wurden.

Familie / Bekannte Internet Presse, welche? _____

Überweisung, durch wen? _____

Hiermit erkläre ich mich als Erziehungsberechtigter der Patientin / des Patienten einverstanden, mit der Übermittlung von Schriftverkehr durch E-Mail über das Internet oder per SMS durch die Cendenta an mich bzw. an uns und Dritte. Die Erlaubnis wird aus Gründen der Vereinfachung und Beschleunigung unter Kenntnis der Risiken des Kommunikationsweges erteilt, ungeachtet, dass möglicherweise Beeinträchtigungen erfolgen können und Verschwiegenheitsverpflichtungen beeinträchtigt sein könnten.

Hiermit bestätige ich, soweit ich eine Fax-Nummer mitgeteilt habe, dass nur ich oder von mir beauftragte Personen Zugriff zu diesem Faxgerät bzw. Telefaxanschluss haben und ich meine Fax-Eingänge regelmäßig überprüfe.

Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mir die Cendenta ohne Einschränkung über meine E-Mail-Adresse, per Telefax oder per SMS Informationen zusendet.

Die / der Erziehungsberechtigte der Patientin / des Patienten wird hiermit darüber informiert, dass der Cendenta anvertraute Daten des Kunden im gesetzlichen und im Rahmen des Auftrages mit Datenverarbeitungsanlagen erfasst, gespeichert und verarbeitet werden. Ich erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis und habe zudem die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen ergeben haben.

Wir sind immer bemüht, Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sein sollten, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Die Höhe der Summe bemisst sich an Zeit und Aufwand der versäumten Behandlung.

Einverständnis:

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Um Ihre Wartezeit bei uns zu verkürzen, bringen Sie den Anamnesebogen ausgefüllt bei Ihrem ersten Termin mit.