

Liebe Patientin, Lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich aus. Teilen Sie bitte unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihrer Adresse oder anderer Angaben rechtzeitig mit.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Nachname, Vorname der Patientin / des Patienten:

geb. am: weiblich männlich
 Straße/Hausnr.: Postleitzahl: Wohnort:
 Telefon: E-Mail:
 Terminerinnerung / Recall gewünscht? nein ja Erinnerung bitte: per SMS per E-Mail telefonisch

Krankenversicherung der Patientin / des Patienten:

privat bei: Basis-/Standardtarif?
 gesetzlich bei: _____ pflichtversichert freiwillig versichert beihilfeberechtigt

Nachname, Vorname der /des Hauptversicherten:

geb. am: weiblich männlich
 Straße/Hausnr.: Postleitzahl: Wohnort:
 Telefon: Mobil: E-Mail:

Name des behandelnden Zahnarztes:

Überweisen / aufmerksam geworden durch: Zahnarzt Internet Branchenbuch Praxisschild
 Freunde/ Bekannte sonstiges:
 War/ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja Wo?
 Werden Geschwister kieferorthopädisch behandeln? nein ja Wo?

Bestehen beim Ihrem Kind Allgemeinerkrankungen?

Herzkrankheiten Diabetes Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberculose) Erkältungskrankheiten
 Asthma Rheuma Epilepsie Blutkrankheiten Hepatitis Schilddrüsenerkrankung
 Sonstige Krankheiten

Bestehen Allergien? nein ja gegen? (Nickel, Latex)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ja Welche?
 Bestehen körperliche Schäden / verringerte Belastbarkeit? nein ja Welche?
 Hatte Ihr Kind Unfälle mit Zahnbeteiligung? nein ja Wann?
 Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? nein ja
 Wurde eine logopädische Behandlung durchgeführt? nein ja Wann/Wo?
 Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht? nein ja Wann?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der elektronischen Bearbeitung, Nutzung und Speicherung meiner Daten nach EU DSGVO, bis auf Widerruf, ausdrücklich zu. Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind auf Wunsch in der Praxis einsehbar. Auch bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass meine Daten im Zuge der Praxisverwaltung und Erstellung von Behandlungsplänen sowie Heil- und Kostenplänen und deren Abrechnung von Firma DENTIMUM eingesehen und bearbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patient bzw. Erziehungsberechtigten