ANMELDUNG UND KINDER-ANAMNESEBOGEN

Liebe kleine Patienten, liebe Eltern,
bevor wir uns eingehend über zahnmedizinische Wünschte unterhalten, benötigen wir für eine adäquate und risikofreie Behandlung einige Auskünfte. Gerne unterstützen wir Sie bei eventuell auftauchenden Fragen.

WOHER KENNEN SIE UNS?

☐ Freunde / Bekannte / Verwandte Wer?

☐ Internet ☐ Überweisung ☐ Telefonbuch andere

ALLGEMEINE DATEN

Patient

Name Vorname geb.

Versicherter (nur ausfüllen, wenn nicht gleichzeitig Patient)

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße / Hausnr. PLZ / Ort

Telefon

Privat beruflich Mobil

Beruf Arbeitgeber E-Mail

KRANKENKASSE / VERSICHERUNG

☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ freiwillig versichert

☐ beihilfeberechtigt ☐ Zusatzversichert ☐ privater Basistarif

Kinderarzt

ALLGEMEINE HINWEISE

Hinweise zur Terminvereinbarung: Wir möchten Sie bitten, einen Termin, den Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

ALLGEMEINE ANAMNESE

WARUM KOMMT IHR KIND HEUTE ZU UNS?

☐ Routineuntersuchung ☐ Schmerzen Sonstiges

WAR IHR KIND SCHON EINMAL BEIM ZAHNARZT?

☐ nein ☐ ja Wenn ja, wie verlief dieser Besuch

Hatte ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? ☐ nein ☐ ja

Welche Hobbies oder Lieblingsbeschäftigungen hat ihr Kind?

Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarzt? ☐ nein ☐ ja

GESUNDHEITSFRAGEN

Leidet ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung (Herz-Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, innere Organe, Blutgerinnungsstörungen, AIDS, Hepatitis, geistige Behinderung etc.)?

nein ja Wenn ja, welche

Ist ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? nein ja

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Hat ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber bestimmten Stoffen? nein ja

Wenn ja, welche

Hatte ihr Kind schon einmal einen Unfall oder eine Operation? nein ja

Bei kleinen Kinder: Braucht ihr Kind noch einen Schnuller? nein ja

Wird ihr Kind noch nachts gestillt oder bekommt es nachts noch eine Flasche? nein ja

ERNÄHRUNGSANAMNESE

Was isst und trinkt ihr Kind zum Frühstück?

Tee Kakao Milch Saft Limonade Sonstiges

Brot Müsli Marmelade Nutella Käse/Wurst Sonstiges

Was gibt es als Zwischenmahlzeit?

Belegtes Brot Obst Süssigkeiten Kuchen Chips Sonstiges

Was trinkt ihr Kind im Tagesverlauf?

Wasser Limonade Saft Kakao Milch Sonstiges

ERNÄHRUNGSANAMNESE

Nimmt ihr Kind Fluorid zu sich?

Fluoretten Fluorid Gel Fluoridiertes Speisesalz Fluoridierte Mundspülung

Die Zähne ihres Kindes werden geputzt?

vom Kind alleine mit Hilfe der Eltern (Eltern putzen nach) von den Eltern

Wie oft werden Zähne geputzt?

weniger als 1 mal täglich 1 mal täglich morgens und abends mehr als 2 mal täglich

Womit werden die Zähne geputzt?

von Hand elektrisch Zahncreme mit Fluorid Zahncreme ohne Fluorid

HINWEISE / UNTERSCHRIFT

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne ihre Erlaubnis weitergegeben.Wir bitten Sie, uns jegliche Änderung der Adresse, des Versicherungsstatus und des Gesundheitszustandes Ihres Kindes (z.B. Medikamenteneinnahme) umgehend mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anmeldungs-/ Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

Maisach, den Unterschrift

Zahnärzte
Dr. Thomas Körber Dr. Georg Davidson
www.zahnärzte-maisach.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Behandlungsbeginn, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben zur DSGVO (EU-Datenschutz Grundverordnung). Lesen Sie sich deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig durch. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patient

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

◯ zur Kenntnis genommen

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

◯ zur Kenntnis genommen

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen im Wartezimmer ausgehändigt.

◯ zur Kenntnis genommen

Bitte wenden

Erklärung des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

Ich entbinde Herrn

Dres. Thomas Körber, Georg Davidson
Hauptstraße 20
82216 Maisach

für die bei mir / bei dem von mir vertretenen Patienten durchgeführten zahnärztlichen Röntgenbilder/Fotos die zahnärztliche Behandlung, von der gesetzlichen Schweigepflicht. Mit der Weitergabe der entsprechenden Behandlungsunterlagen an weiter- mitarbeitende Kollegen bin ich einverstanden.

◯ Ja ◯ Nein

Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden

◯ zur Kenntnis genommen

Abtretungsvereinbarung

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen.
Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Patient	Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Bitte wenden