



## Kinder- und Jugendanamnese

[www.zahnaerzte-am-kiefernhang.de](http://www.zahnaerzte-am-kiefernhang.de)

### Patient / in

Vorname Nachname Geburtsdatum

### versichert bei:

Vorname Nachname Geburtsdatum

### Anschrift

Straße Nr. Tel. privat / Tel. geschäftlich  
PLZ Ort Handy Nummer  
Email Adresse

**Wünschen Sie von uns an die nächste Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes erinnert zu werden?** ja nein

Bitte beantworten Sie die Fragen im Interesse Ihres Kindes wahrheitsgemäß, und teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes und des Versichertenstatus mit. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

### Allgemeines

Warum kommt Ihr Kind heute zu uns?

War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, wie verlief der Besuch?

Welche Hobbies und Lieblingsbeschäftigung hat Ihr Kind?

Wie gehen Sie selbst mit dem Zahnarztbesuch um?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung, wenn ja, bei wem?

Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung, wenn ja, bei wem?

Hat Ihr Kind bestimmte Angewohnheiten (Daumenlutschen, Lippenbeißen, Zungenpressen, Fingernägelkauen), wenn ja, welche?

Wieviele Mahlzeiten nimmt Ihr Kind am Tag zu sich? 3 3-5 >5

Benutzt Ihr Kind  
Zahncreme?            mit Fluorid            ohne Fluorid            1x/Woche Fluoridgel

### Gesundheitsfragen

Hat/Hatte Ihr Kind eine der folgenden Allgemeinerkrankungen?  
(Herz-/Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, innere Organe, Gerinnungsstörungen,  
AIDS, Hepatitis, geistige Behinderung etc.)

ja            nein

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja            nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja            nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten?  
z.B. gegen bestimmte Stoffe oder Medikamente

ja            nein

Wenn ja, welche?

Hatte Ihr Kind schon mal eine Operation im  
Kopf-/Halsbereich

ja            nein

Wenn ja, welche?

**Alle zahnärztlichen Eingriffe (z.B. Füllungen, Betäubungen, Schmerzbehandlungen, Röntgen-Bilder) bedürfen der vorherigen Zustimmung durch die/den Erziehungsberechtigte/-n. Daher bitten wir Sie immer zusammen mit ihrem Kind zu erscheinen bzw. ihrem Kind eine entsprechende Einverständniserklärung mitzugeben.**

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

**Hat Ihr Kind eine Zahnzusatzversicherung?**

ja            nein

Datum/Ort

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

(für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018).

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum/Ort

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten