



Dr. Karola Weinreich

Ihre Zahnärztin für die ganze Familie

Patientenanmeldung und Anamnese für Kinder

Name des Kindes (Vor- & Nachname)

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Über wen ist Ihr Kind familienversichert:

Name Versicherter

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Telefon

Mobil

E-Mail

Erziehungsberechtigte/r :

Mutter Vater

Sonstiger

Bei Betreuung Vollmacht oder Betreuerausweis & Personalausweis
bitte mitbringen!

Wie ist Ihr Kind versichert:

gesetzliche Versicherung freiwillig versichert Zusatzversicherung

private Versicherung Basistarif Beihilfe

Bei welchem Kinderarzt wird Ihr Kind regelmäßig behandelt?

Besteht ein Pflegegrad oder eine Eingliederungshilfe? Ja Nein

Pflegegrad: _____ unbefristet befristet bis _____


Eingliederungshilfe mit Bescheid unbefristet befristet bis _____

Ich möchte an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden:

Ja Nein Keine Erinnerung erbeten.

Ich bin damit einverstanden Termin, Terminerinnerungen, o. ä. per SMS oder E-Mail zu erhalten.*

_____ ... Ihre Zahnärztin für die ganze Familie

 Dr. K. Weinreich
Hauptstr. 99
97616 Bad Neustadt

 Telefon: 09771 635 54 81

 Mail: praxis@zahnarztpraxis-weinreich.de



Anamnese Ihres Kindes:

1. Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche? Ja Nein
2. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen? Ja Nein
3. Erkrankungen der Leber oder Niere? Ja Nein
4. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? Ja Nein
5. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten? Ja Nein
6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten? Ja Nein
7. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? Ja Nein
8. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle? Ja Nein
9. Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung? Ja Nein
10. Probleme beim Hören oder Taubheit? Ja Nein
11. Probleme beim Sprechen? Ja Nein
12. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche? Ja Nein

13. Reagiert Ihr Kind allergisch? Wenn ja, auf was? Ja Nein

14. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

15. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? Ja Nein

Zahnmedizinische Anamnese:

1. War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Wenn ja, wann? _____ Ja Nein
2. Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? Ja Nein
3. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurde? Ja Nein
4. Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen? (entsprechendes bitte unterstreichen) Ja Nein
5. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Ja Nein
6. Hat Ihr Kind Angst vor Spritzen? Ja Nein
7. Hat Ihr Kind schon einmal eine Spritze für eine Zahnbehandlung bekommen? Ja Nein
8. Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? Ja Nein

... Ihre Zahnärztin für die ganze Familie



Ernährungsgewohnheiten

1. Kinder bis 3 Jahre: Stillen Sie Ihr Kind? Ja Nein
2. Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken? Ja Nein
Bis zu welchem Alter? _____
Wann? morgens abends nachts
Was war / ist in der Flasche? _____
3. Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten? Ja Nein
4. Putzt Ihr Kind allein die Zähne? Ja Nein
Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne und wie oft? _____
5. Benutzt Ihr Kind:
- | | |
|----------------------------|---|
| Fluoridhaltige Zahnpasta | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Fluoridhaltiges Speisesalz | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Fluoridtabletten | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
6. Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? _____

Datenschutz*

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet: Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt.

Im Vertretungsfall innerhalb der Praxis können die erforderlichen medizinischen und sonstige personenbezogenen Daten ausgetauscht werden. Falls ich das nicht wünsche, markiere ich dies hier:

Ich bestätige, die Fragen zur Anmeldung und Anamnese nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

*Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

... Ihre Zahnärztin für die ganze Familie