

# Anamnese (Deutsch)

**Vorname:** .....

**Name:** .....

**Geburtsdatum:** .....

Liebe Eltern, Herzlich willkommen in unserer Kinderzahnarztpraxis! Bevor wir uns den Zähnen Ihres Kindes zuwenden, benötigen wir neben Personalien auch Angaben zu dem allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. So helfen Sie uns, eine adäquate, vollständige und risikofreie Beratung sowie Behandlung zu erreichen. Bitte lesen Sie sich alle Fragen sorgfältig durch, kreuzen entsprechende Felder an bzw. füllen diese aus. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen dem Datenschutz sowie der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Ihr Team der Zahnarztpraxis Kinderlieb

## Patientenanmeldung

**Vorname Ihres Kindes**

.....

**Nachname Ihres Kindes**

.....

**Rufname Ihres Kindes**

.....

**Geschlecht Ihres Kindes**

Weiblich

Männlich

Divers

**Geburtsdatum Ihres Kindes**

.....

**Name der Krankenversicherung Ihres Kindes**

.....

**Muttersprache**

.....

## Zahngesundheit

**Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuchs?**

.....

**Wie heißt der/die betreuende Kinderarzt/ärztin Ihres Kindes (Name und Anschrift)?**

.....

**Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung (Name und Anschrift)?**

.....

**Wurden beim Vorbehandler/ bei der Vorbehandlerin Röntgenbilder des Kindes angefertigt?**

- Ja
- Nein

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Website
- Google
- Jameda
- Facebook
- Instagram
- Flyer
- Außenbeschilderung/ Werbung
- Postwurfsendung
- Empfehlung durch Patienten (Durch wen? Namen bitte in das untere Feld eintragen)
- Empfehlung durch Arzt bzw. Ärztin oder Zahnarzt bzw. Zahnärztin (Durch wen? Namen bitte in das untere Feld eintragen)
- Sonstige: .....

**Erziehungsberechtigte/r**

**Erziehungsberechtigte/r 1**

**Vorname**

.....

**Nachname**

.....

**Straße**

.....

**Hausnummer**

.....

**Postleitzahl**

.....

**Wohnort**

.....

**Geburtsdatum**

.....

**Geschlecht**

- Weiblich
- Männlich
- Divers

**Telefon/ Mobil**

.....

**E-Mail**

.....

**Beruf**

.....

**Erziehungsberechtigte/r 2**

**Vorname und Name**

.....

**Straße und Hausnummer (falls abweichend)**

.....

**Postleitzahl und Wohnort (falls abweichend)**

.....

**Geburtsdatum**

.....

**Geschlecht**

- Weiblich
- Männlich
- Divers

**Telefon/ Mobil**

.....

**E-Mail**

.....

**Beruf**

.....

**Allergien, Vorerkrankungen, Medikamente**

**Bestehen bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen?**

- Bluterkrankung
- Diabetes
- Epilepsie
- Hauterkrankung
- Herz-/Kreislaufkrankung
- Infektionserkrankung
- Lungenerkrankung
- Psychische Erkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Stoffwechselerkrankung
- Behinderung (geistig oder körperlich)
- Sonstige:
- Sonstige: .....

**Bestehen bei Ihrem Kind Allergien? Falls ja, welche?**

.....

**Nimmt Ihr Kinde regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche?**

.....

**Erhält Ihr Kind Therapien? Falls ja, welche?**

.....  
**Trägt Ihr Kind eine Zahnspange? Falls ja, von welchem Kieferorthopäden?**

.....  
**Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?**

Ja

Nein

Ich weiß es nicht.

### **Einwilligung**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und versichern, zur Minderung etwaiger Behandlungsrisiken uns alle Änderungen zu den persönlichen und medizinischen Angaben des Kindes während der Zeitdauer der Behandlung mitzuteilen.

### **Hinweis**

#### **Achtung**

Bei einer Einwilligung mehrerer Erziehungsberechtigter gilt, dass eine Einwilligung grundsätzlich von allen Erziehungsberechtigten einzuholen ist. Unterschreibt ein/e Erziehungsberechtigte/r alleine, erklärt diese/r schließlich durch seine/ihre Unterschrift zugleich, dass ihm/ihr das Sorgerecht allein zusteht oder dass er/sie von dem/der anderen Erziehungsberechtigten bevollmächtigt wurde, für diese/n die Erklärung abzugeben.

### **Mögliche Risiken**

#### **Folgende Risiken können bei Untersuchungen bzw. Behandlungen auftreten:**

Sehr seltene Risiken: Taubheitsgefühl, Schwellung, Blutung, Übelkeit, Erbrechen, Infektion, allergische Reaktion, Aspiration. Extrem seltene Risiken: Gehirnschädigungen, Lähmungen und Narben. Äußerst seltene Komplikationen können die Einlieferung in ein Krankenhaus erforderlich machen und sogar zum Tode führen.

#### **Ich/ Wir willige/n ein, dass die Patientendaten gespeichert werden:**

Ja

Nein

#### **Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass auf Nachfrage anderer Praxen Röntgenbilder und Gesundheitsdaten weitergegeben dürfen:**

Ja

Nein

### **Hinweis**

#### **Terminorganisation & Ausfallgebühr**

Als Bestellpraxis bemühen wir uns stets, die Terminorganisation so effizient wie möglich zu gestalten. Zur Minimierung Ihrer Wartezeit sind Behandlungstermine ausschließlich für Sie reserviert. Bei versäumten Terminen, die nicht mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt werden, haben wir keine Gelegenheit, die bereits für Sie reservierte Zeit an andere Patienten zu vergeben. Wir bitten Sie daher darum, dass Absagen nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch mindestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine stellen wir Ihnen privat gemäß § 615 (1) BGB in Höhe von 75€ je angefangene 30 Minuten in Rechnung. Bei einer

krankheitsbedingten Absage weniger als 24 Stunden vor der Behandlung ist noch am Tag der Absage ein ärztliches Attest des erkrankten Kindes einzureichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient