



Anamnesebogen Kinder

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen und unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind nicht unbedingt für die Behandlung notwendig und somit freiwillig.

Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht für Ihr Kind geltend zu machen.

Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der Praxis für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

Patient

Name: _____ Geb. Datum: _____
Vorname: _____ Geburtsort: _____
Straße, Nr.: _____ Krankenkasse: _____
PLZ, Ort: _____

Versicherter

Name: _____
Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Tel.: _____
Mobil*: _____
E-Mail*: _____

weiterer Elternteil

Name: _____
Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Tel. gesch.: _____
Mobil*: _____
E-Mail*: _____

Anamnese Ihres Kindes

Regelmäßige Medikamenteneinnahme ja nein
Wenn ja, welche? _____
Medikamentenunverträglichkeit ja nein
Wenn ja, welche? _____
Atmung mit offenem Mund ja nein
Röntgenuntersuchung im Kopfbereich ja nein

Zahnmedizinische Anamnese Ihres Kindes

Zahnbeschwerden ja nein
Wenn ja, wo? _____
Vorhergehende zahnärztliche Behandlung ja nein
Gebrauch von Beruhigungssauger und/oder Trinkflasche mit Sauger ja nein
Daumen-, Fingerlutschen ja nein
Zähneknirschen oder -pressen ja nein
Probleme bei der Nahrungsaufnahme ja nein
Milchzahndurchbruch mit _____ Monaten
Kieferorthopädische Behandlung (Zahnspange) ja nein

Leidet oder litt Ihr Kind jemals an einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Atemwege/Lunge Asthma chronische Bronchitis
 Andere: _____
- ansteckende Erkrankung Hepatitis A/B/C AIDS/HIV
- Herz Herzerkrankung Herzfehler
- Allergie/Überempfindlichkeit ja nein Wenn ja, welche? _____
- Gefäße Gerinnungsstörung
- Nerven/Gemüt Krampfanfälle/Epilepsie Kopf-/Nackenschmerzen
- Stoffwechsel/Zuckerkrankheit Schilddrüsenerkrankung Diabetes mellitus

Recall-/Erinnerungssystem*

Möchten Sie in unser Recall-Programm aufgenommen werden? ja nein

Wurden wir Ihnen empfohlen, wenn ja, durch wen?

Aufklärung über Risiken bei Leitungsanästhesie im Unterkiefer

Anästhetika können unterschiedliche Nebenwirkungen haben, die u.a. Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen können. Bitte stellen Sie sich bei Ihren Behandlungsterminen darauf ein.

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet Sie darüber aufzuklären, dass in seltenen Fällen die Gefahr besteht, dass beim Einstechen der Nadel der nervus mandibularis oder nervus lingualis reversibel oder irreversibel geschädigt werden kann. Das äußert sich nach Nachlassen der Anästhesie durch anhaltendes Kribbeln oder in vorübergehender teilweiser oder vollständiger Taubheit im Anästhesiebereich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen. Teilen Sie unserer Praxis bitte künftige Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes mit.

Die gesundheitlichen Risiken müssen alle 12 Monate überprüft und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass

- Ich die Erklärungen auf diesem Patientenbogen verstanden habe. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

- Ich vor der Einwilligung darauf hingewiesen wurde, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich (E-Mail reicht) zu widerrufen.

Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht, sofern die Daten nicht der gesetzl. Dokumentationspflicht unterworfen sind.

- Mir die Datenschutzerklärung der Praxis zur Verfügung gestellt wurde. Ich habe diese zur Kenntnis genommen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis (und auf der Website der Praxis) einsehen kann.

Bei einer Einwilligung zur Verabreichung von Betäubungsspritzen von Eltern für ihr Kind gilt:

Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten