



## ANAMNESEBOGEN KIND

### KIND

---

Name des Kindes	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ/Wohnort	_____
Geb. am	_____	Behandelnder Zahnarzt	_____

### Erziehungsberechtigte/r / Versichert über

---

Name	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ/Wohnort	_____
Telefon	_____	Mobil	_____
Geb. Datum	_____	E-Mail	_____
Beruf	_____	Überweisender Arzt	_____
Grund Ihres Besuches	_____	Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?	_____
Versicherungsname	_____		

Wie sind Sie versichert?    Privat    Gesetzlich    Beihilfe    Zusatzversichert

### ALLGEMEINERKRANKUNGEN

---

- | Ja                    | Nein                  |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asthma   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Blutgerinnungsstörungen  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Operationen? Wenn ja, welche?<br>_____   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hat Ihr Kind Allergien (Latex)?<br>_____   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkolose,)? Wenn ja, welche?<br>_____                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hat Ihr Kind körperliche oder geistige Entwicklungsstörung? Wenn ja, welcher Art?<br>_____   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?<br>_____   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?<br>_____  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ist ihr Kind in ärztlicher Behandlung oder andere Behandlung? Wenn ja, welcher Art?<br>_____ |

## FRAGEN ZUR GEBISSITUATION

---

Wann sind die ersten Zähne durchgebrochen?

\_\_\_\_\_  
Hatte ihr Kind einen Schnuller oder hat am Daumen gelutscht? Wenn ja, bis zu welchem Alter?

\_\_\_\_\_  
Sind in Ihrer Familie Zahnunter- oder Überzahl bekannt?

\_\_\_\_\_  
Hat ihr Kind einen Unfall erlitten, wobei die Zähne gelockert oder beschädigt wurden?

Beißt ihr Kind gewohnheitsmäßig auf

Lippen  Zunge  Sonstiges \_\_\_\_\_

Beobachten Sie bei Ihrem Kind häufig:

Ja    Nein

Offene Mundhaltung

Kiefergelenksauffälligkeiten/schmerzen

Liegen Ihres Wissens nach Sprechstörungen vor? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

## Weitere Angaben

---

Ja    Nein

Ist/ war ein Geschwisterkind in kieferorthopädische Behandlung?

Erfolgte bereits eine kieferorthopädische Behandlung oder Beratung? Wenn ja,  
wo? \_\_\_\_\_  
in welchem \_\_\_\_\_  
Zeitraum?

Einverständniserklärung gem. §73 Abs. 1 b SGB V, den o. g. Patienten betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anzufordern oder an diese Stellen zu übermitteln. Dies gilt auch bei Wechsel des Hauszahnarztes. Es ist mir bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Münster, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Erziehungsberechtigter**

## Datenschutzinformation

### Freiwilliges Einverständnis zur Datenverarbeitung / Datenanforderung / Datenweitergabe

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Gemäß des Datenschutzrechtes sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz“ aufzuklären. Wir möchten Sie daher über folgende Vorgehensweise in unserer Praxis informieren und erbitten sodann Ihre Einwilligung durch Ihre Unterschrift für unsere nachfolgend aufgeführten, internen Datenschutzmaßnahmen.

In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert.

Patientenname: \_\_\_\_\_

(bei Minderjährigen auch Name des Erziehungsberechtigten)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung

---

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dieses den gesetzlichen Anforderungen entspricht, erlaubt ist oder sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen, Labore, Zahnärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Wenn es zu einer Behandlung kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten wie Röntgenaufnahmen, Arztbriefe, Befundberichte oder Laborwerte bei mitbehandelnden oder weiterbehandelnden Kollegen an.

Ich willige ein, dass die im Rahmen meiner Behandlung gespeicherten Daten über die gesetzlichen Fristen aufbewahrt werden dürfen, um gegebenenfalls für spätere Behandlungen verfügbar zu sein.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Wartebereich offen gestaltet ist und ich namentlich aufgerufen werde.

Recall: Ich willige ein, dass ich an Behandlungstermine per Mail oder SMS ein Tag vor Termin erinnert werde.

Ich willige ein       Ich willige nicht ein

Ich willige durch meine Unterschrift in die oben aufgeführten Datenschutzmaßnahmen der Praxis ein.  
(Datenschutzbeauftragte: Dr. Martina Bräutigam)

Münster, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter