

Anmelde- und Anamnesebogen



Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Kinderzahnarztpraxis Villa Kindermund.

Gemäß unserem Praxismotto machen wir die (Zahnarzt-)Welt, wie sie Ihrem Kind gefällt. Damit wir das können, benötigen wir von Ihnen vor Ihrem ersten Besuch neben den Personalien Angaben zum Gesundheitszustand und den Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Alle Angaben helfen uns bei der vollumfänglichen und individuellen Beratung/Behandlung Ihres Kindes und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

Anmeldedaten Ihres Kindes

Vor- und Nachname Ihres Kindes:

Geburtsdatum/-ort Ihres Kindes:

Adresse des Kindes:

Adresse des Rechnungsempfängers:

Telefon (Festnetz | Mobil*): Email*:

* Freiwillige Angabe | wenn Sie eine Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen

Versicherungsstatus Ihres Kindes

Ihr Kind ist bei der Mutter oder dem Vater mitversichert.

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Vor- und Nachname des Elternteils, bei dem Ihr Kind mitversichert ist:

Geburtsdatum des Elternteils, bei dem Ihr Kind mitversichert ist:

Allgemeine Anamnese

Bitte nennen Sie uns den betreuenden Kinderarzt:

Leidet ihr Kind an einem der folgenden Krankheiten? Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Herzfehler/Herzgeräusche

Asthma/Lungenerkrankung

Tumore

Infektionskrankheiten

Bluterkrankung

Anfallsleiden (Epilepsie)

Stoffwechselerkrankung

Geistige Behinderung/Verzögerung

Leber-/Nierenerkrankung

Hörprobleme/Taubheit

Magen-/Darmerkrankung

Sehchwäche/Blindheit

Allergien

Wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen

Wenn ja, welche:

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein:

Zahnmedizinische Anamnese

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung?

Sind dort Röntgenbilder vorhanden? Ja von (Monat/Jahr) Nein

Hatte Ihr Kind ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? Ja Nein

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Ja, seit Nein

Welche Fluoridpräparate erhält Ihr Kind? Fluoridhaltige Zahnpasta Fluorettten keine

Nuckelt Ihr Kind am Daumen oder Schnuller? Ja Nein

Ihr Kind ist bei in kieferorthopädischer logopädischer Behandlung.

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

Bitte Wenden

Ernährungsanamnese

Wurde/wird Ihr Kind gestillt? Ja, immer noch Ja, bis..... Nein
Trank/trinkt Ihr Kind aus der Flasche? Ja, immer noch Ja, bis Nein
Bekommt Ihr Kind Süßigkeiten? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden**

Google | Webseite Instagram | Facebook Jameda Dr. Flex Freunde | Bekannte Geschwister
Arzt: Sonstiges:

** Freiwillige Angabe | interne Statistik

Sorgerecht

Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.

Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.

Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

Einwilligung zur Erstuntersuchung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei meinem o.g. Kind eine Kontrolluntersuchung im/um den Mund durchgeführt werden darf.

Fluoridanwendung

Der Fluoridanwendung im Rahmen der Prophylaxe stimme ich zu: Ja Nein

Unser Terminerinnerungs- und Recallservice***

Liebe Eltern, wir sind eine **reine Bestellpraxis**. Dies erspart Ihnen und Ihrem Kind unnötig lange Wartezeiten. Bitte sagen Sie Termine, die nicht eingehalten werden können, rechtzeitig 24 Stunden vorher ab. Andernfalls behalten wir uns vor, nach §615 BGB ein **Ausfallhonorar** in Rechnung zu stellen. Mit unserem **Terminerinnerungs- und Recallservice** wollen wir Sie per SMS/Email dabei unterstützen, bestehende Termine und regelmäßige Kontrolluntersuchungen nicht zu vergessen. Deshalb kreuzen Sie bitte „Ja“ an, wenn Sie diesen **kostenlosen Service** nutzen wollen.

Ja Nein

*** Freiwillige Angabe | Die Zustimmung zum Terminerinnerungs- und Recallservice kann jederzeit schriftlich oder durch Email an die Praxis widerrufen werden (siehe auch nachfolgende Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten | Hinweis zu freiwilligen Angaben).

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten | Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch Email an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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)



.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte / r Mutter Vater

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.



Villa Kindermund
Kinderzahnarztpraxis Dorothea Zeilmann
Berner Heerweg 124 | 22159 Hamburg

Tel. | Fax: 040 524728800 | 040 524728809
Email: info@villa-kindermund.de
Homepage: <https://www.villa-kindermund.de>