

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

LIEBE ELTERN,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns den Zähnen Ihres Kindes widmen, benötigen wir neben den Personalien und Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand auch Auskunft über die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, lückenlose und risikofreie Beratung und Behandlung. Bitte lesen Sie sich daher die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen Sie die entsprechenden Felder aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT, IHR TEAM DER KINDERZAHNÄRZTE AM OSTPARK.

PATIENTENANMELDUNG

Vor- und Nachname Ihres Kindes

Geburtsdatum und -ort Ihres Kindes

Adresse des Kindes

Geburtsdatum und -ort des Rechnungsempfängers

Adresse des Rechnungsempfängers

Telefon (privat)

E-Mail *Freiwillige Angabe - wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe - wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

Ist das Kind bei Mutter oder Vater mitversichert?

Vor- und Nachname

Mutter Vater

VERSICHERUNGSSTATUS IHRES KINDES

Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfeberechtigt

Hinweis: Termine, die Sie nicht rechtzeitig (bis 24 Stunden vorher) absagen, werden Ihnen in Rechnung gestellt.

Bitte nennen Sie uns Ihren betreuenden Kinderarzt

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung?

SORGERECHT

Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.

Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.

Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? *Freiwillige Angabe - hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Freunde | Bekannte

Geschwister

Google | Website

Zeitung

Radio

Flyer

Bundesverband

Infoveranstaltung

Postwurfsendung

Jameda

Infostand

Arzt:

Sonstiges:

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung oder gibt es andere Besonderheiten?
(Allergien, Medikamentenunverträglichkeit, etc.)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und weshalb?

Besteht bei den Eltern des Kindes eine Latexallergie oder Medikamentenunverträglichkeit? Wenn ja, bei wem und welche?

Hat oder hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt?

Falls Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt wurde: Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?

Kooperativ	Ängstlich, aber die Behandlung war möglich	Verweigerung		
Haben Mutter oder Vater Angst vor dem Zahnarzt?	Mutter	Vater	Keiner	
Lutscht Ihr Kind an Daumen Schnuller oder hat dies früher getan?	Ja	Früher, bis zum _____ Lebensmonat	Nein	
Wie oft putzt Ihr Kind täglich seine Zähne?	Einmal	Zweimal	Dreimal	
Wie putzt Ihr Kind sich die Zähne?	Alleine	Mit Hilfe der Eltern	Nur durch die Eltern	
Welche Zahnpasta verwenden Sie? Ist in dieser Fluorid enthalten?	Kinderzahnpasta ohne Fluorid	Kinderzahnpasta mit Fluorid	Juniorzahnpasta	Erwachsenenzahnpasta
Wurden Fluoridtabletten verabreicht? Wenn ja, wie lange?	Ja, bis zum _____ Lebensmonat	Nein		
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?	Ja	Nein		
Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken?	Ja, bis zum _____ Lebensmonat	Nein		
Wurde Ihr Kind gestillt?	Ja, immer noch	Ja, bis zum _____ Lebensmonat	Nein	

Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf?

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Leitungswasser	Mineralwasser	Aromatisiertes Wasser	Ungesüßten Tee	Gesüßten Tee
Eistee	Instanttee	Fruchtsaft	Fruchtsaftschorle	Cola
Limonade	Milch	Kakao	Sportgetränk (Isotonische Getränke)	

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag?

Ungefähr _____ am Tag

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Obst	Gemüse	Kaugummi	Joghurt	Belegtes Brot
Brezeln	Reiswaffeln	Kekse	Kuchen	Chips Salzstangen
Müsliriegel	Fruchtschnitten	Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers, usw.)		

UNSER SERVICE FÜR SIE

Wir möchten Sie per E-Mail oder SMS über anstehende Termine sowie jährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen informiert halten. Selbstverständlich schreiben wir Ihnen eine Terminerinnerung per SMS und nehmen Sie in unseren Recall auf.

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis bzw. Informationen zu Aktionen übersenden? Ja Nein
Wenn ja, auf welchem Wege? Per Post Per E-Mail

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 E-Mail 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).

Wir weisen Sie darauf hin, dass bei Labordiagnostik (Labor | Pathologie) Ihre Daten der Versicherungskarte an das Labor weitergeleitet werden müssen.

Ort | Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Mutter

Vater

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

KINDERZAHNÄRZTE AM OSTPARK MVZ GMBH

Amtsgericht München | HRB 236856
Geschäftsführer
Dr. Agnes Nehls & Toni Heidrich

Albert-Schweitzer-Str. 66 | 81735 München
T 089 6780416 0 | F 089 6780416 29
info@muenchen-kinderzahnarzt.de
www.muenchen-kinderzahnarzt.de