ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

ZAHN PIRATEN

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 ZAHNPIRATEN

PIRATEN-CHECKLISTE Zutreffendes ankreuzen.

Vor- und Nachname Ihres Kindes

Geburtsdatum und -ort Ihres Kindes

Adresse des Kindes

Ist das Kind bei ☐ Mutter oder ☐ Vater mitversichert? (Vor- und Nachname des Erziehungsberechtigten)

Adresse des Rechnungsempfängers

Telefon: Festnetz | Mobil*

E-Mail*

VERSICHERUNGSSTATUS IHRES KINDES Zutreffendes ankreuzen.

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Beihilfeberechtigt (wenn ja, Formular)

Bitte nennen Sie uns Ihren betreuenden Kinderarzt**

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung?**

SORGERECHT Zutreffendes ankreuzen.

☐ 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 UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?*** Zutreffendes ankreuzen.

☐ Freunde | Bekannte ☐ Flyer ☐ Postwurfsendung ☐ Infostand

☐ Geschwister ☐ Babymesse ☐ Jameda ☐ Google

☐ Webseite ☐ Zeitung ☐ Doctolib

Arzt

Sonstige

* Freiwillige Angabe | wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.
** Freiwillige Angabe | sollte die Anforderung von Unterlagen für die Behandlung sinnvoll sein, kommen wir für eine Einwilligung auf Sie zu.
*** Freiwillige Angabe | interne Statistik.

BITTE WENDEN

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT IHRES KINDES Bitte Zutreffendes ankreuzen.

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?

Ist Ihr Kind vollständig geimpft? ☐ Ja ☐ Nein (Anmerkung):

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 am Daumen oder Schnuller oder hat dies früher getan?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Früher, bis zum Lebensmonat

EINWILLIGUNG ZUR ERSTUNTERSUCHUNG

☐ Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meinem Kind heute eine Kontrolluntersuchung im und um den Mund (intra- und extraoral) durchgeführt wird. Dabei dürfen die Zähne mit Fluorid vor Karies geschützt werden. Ich bestätige, den Anmelde- und Anamesebogen gründlich gelesen und korrekt ausgefüllt zu haben.

BITTE INFORMIEREN SIE UNS SPÄTESTENS 24 STUNDEN VORHER, WENN SIE EINEN TERMIN NICHT EINHALTEN KÖNNEN. FALLS SIE NICHT RECHTZEITIG ABSAGEN, DÜRFEN WIR NACH § 615 BGB EIN AUSFALLHONORAR VON 50,00€ IN RECHNUNG STELLEN.

EINWILLIGUNG ZUM RÖNTGEN

☐ Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meinem Kind Röntgenbilder für diagnostische Zwecke angefertigt werden.

Datum | Ort

Unterschrift Erziehungsberechtigte | r ☐ Mutter ☐ Vater

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).

Datum | Ort

Unterschrift Erziehungsberechtigte | r ☐ Mutter ☐ Vater

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH FÜR IHRE BEANTWORTUNGSZEIT
IHR TEAM DER KINDERZAHNÄRZTE ZAHNPIRATEN

Medizinisches Versorgungszentrum Zahnpiraten GmbH | Schloßstrasse 12 | 22041 Hamburg
T 040 67048950 | **M** anker@zahnpiraten-hamburg.de | **zahnpiraten-hamburg.de**