



# Kinder-Anamnesebogen - Datenschutzerklärung

Liebe Eltern,

wir möchten Ihr Kind bereits vor der Behandlung näher kennenlernen. Hierfür haben wir uns einige Fragen überlegt, die es uns ermöglichen das Verhalten und die Gewohnheiten Ihres Kindes einzuschätzen. Je genauer wir Ihr Kind vor der ersten Behandlung kennen, desto besser ist es uns möglich, auf die Individualität Ihres Kindes einzugehen. Bitte füllen Sie dazu die Vorder- und Rückseite dieses Bogens vollständig aus. Wir weisen Sie daraufhin, dass wir gesetzlich dazu verpflichtet den Gesundheitszustand Ihres Kindes jährlich erneut abzufragen.

Ihr Name  Vorname  geb. am

Name, Vorname der/des Versicherten, falls abweichend  geb. am

PLZ, Wohnort  Straße, Hausnummer  Telefon

Email

Arbeitgeber  Beruf

Name und Anschrift des Hausarztes

Name und Sitz der Krankenkasse   pflichtversichert  freiwillig versichert  Zusatzversicherung  
 privat versichert  Beihilfe  nicht versichert

## Allgemeine Angaben zum Kind

Lieblingsspielzeug  Lieblingsfarbe   
Lieblingstätigkeit  Ängste

## Grund des Zahnarztbesuches

Kontrolle  Auffälligkeiten  Schmerzen  Unfall, wenn ja, an welchem Ort war der Unfall?  Unfallort:

## Überweiser

Zahnarzt  Kieferorthopäde  Kinderarzt  Hausarzt   
Adresse des Arztes:

## Ernährung

Kochen Sie mit fluoridiertem Speisesalz?  Haben Sie immer, wenn Sie unterwegs sind, etwas zu trinken für Ihr Kind dabei?   
Trinkt Ihr Kind etwas zum Einschlafen / nachts?  Benutzt Ihr Kind etwas zum Einschlafen / nachts   
Benutzt Ihr Kind eine Saugflasche?  Benutzt Ihr Kind eine Fahrradflasche (Sigg-Flasche o. a.)   
Wie häufig isst Ihr Kind etwas über den Tag verteilt? selten  2 bis 5x pro Tag  6 bis 10x pro Tag  über 10x   
Wie häufig nascht Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten? selten  2 bis 5x pro Tag  6 bis 10x pro Tag  über 10x   
Wie häufig trinkt es zusätzlich über den Tag (kein Wasser) selten  2 bis 5x pro Tag  6 bis 10x pro Tag  über 10x   
Was geben Sie Ihrem Kind zu trinken?

## Anamnese

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankungen	Ja	Nein	Erkrankungen	Ja	Nein
Bestehen Allergien, welche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Infektionskrankheiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zentrales Nervensystem</b>			- HIV / Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Atemwegserkrankungen, welche?</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blutgerinnungsstörungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes</b>			- Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Lebererkrankung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabetes Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Magen-Darm-Erkrankung (welche Art?)</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hämatologische Erkrankungen</b> (Erkr. blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Nierenerkrankung (welche Art?)</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herz- Kreislauf-Erkrankungen (welche Art?)</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Schilddrüsenerkrankung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erworbener oder angeborener Herzfehler</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Tumorerkrankung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herz-Operation (welche Art?)</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Kinderkrankheiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Krankenhausaufenthalte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 4x im Jahr eine Woche krank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- andere: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>Andere nicht aufgeführte Erkrankungen?</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Zahnärztliche Behandlung

Sind Sie damit einverstanden, dass bei einer Notwendigkeit eine Anästhesie durchgeführt werden darf?

Ja Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass bei Notwendigkeit eine Röntgendiagnostik durchgeführt wird?

Ja Nein

### Mundhygiene

Ist Ihnen schon einmal ausführlich gezeigt worden, wie Sie die Zahnpflege bei Ihrem Kind durchführen sollen?

Ja Nein

Benutzt Ihr Kind eine elektrische Zahnbürste

Ja Nein

Benutzt Ihr Kind Mundspüllösungen

Benutzt Ihr Kind eine Handzahnbürste

Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne?

seltener  1 bis 2x pro Tag  Mehr als 2x pro Tag

Wie lange dauert der Putzvorgang?

Weniger als 1 Minute  1 bis 2 Minuten  Über 2 Minuten

Nach wie vielen Monaten wechseln Sie die Zahnbürste?

\_\_\_\_\_ Welche Zahnpasta benutzt Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? Wenn ja, in welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_

## Datenschutzerklärung

### Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Behandlungsdaten Einverständniserklärung Terminerinnerung

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Weitergabe und Verarbeitung** personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Durch die zahnärztliche Behandlung Ihres Kindes ergeben sich Situationen, die die Weitergabe der Patientendaten an Dritte erforderlich machen. Ich erkläre mich einverstanden und erlaube der Zahnarztpraxis Hergeröder, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Zahnärzten, Labore und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an meine behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Labore und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.
- die zur Rechnungserstellung notwendigen Daten an externe Abrechnungsunternehmen, Verrechnungsstellen, Labore, und die Kassenzahnärztlichen Vereinigung übermittelt werden darf.
- Mein Kind bei umfangreichen Behandlungen an meinen Termin telefonisch, per SMS, per E-Mail oder per Brief erinnert werde.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Alle aufgeführten Stellen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz.

Mir ist bekannt, dass meine Behandlungsdaten in der Zahnarztpraxis Hergeröder zu Zwecken der Dokumentation gespeichert werden. Alle Mitarbeiter dieser Praxis haben Zugriff auf diese Daten und unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Ich möchte, dass mein Kind, am **Terminerinnerungssystem** der Zahnarztpraxis Hergeröder teilnimmt.

**Vorsorge-Terminerinnerung**

Ich wünsche für mein Kind eine halbjährliche Erinnerung an den nächsten Vorsorgetermin

per SMS oder E-Mail  per Serien-SMS \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

per E-Mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

Nein, danke

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Hergeröder aus diesem Grund personenbezogene und gesundheitsbezogene Daten von mir zum Zweck der Patienteninformation im Rahmen unseres Terminerinnerungssystems zur zahnmedizinischen Prävention (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO) erhebt und speichert.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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).

**Betroffenenrechte nach Art. 13 DSGVO finden Sie unter:**

<https://zahnheilkunde-schoenberg.de/>

\_\_\_\_\_, den  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r