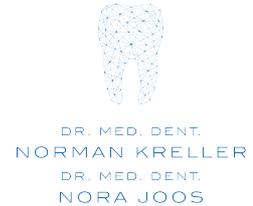


Kinderanamnesebogen



Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder,
herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen aus, damit wir Ihr Kind nach Ihren Wünschen und in Übereinstimmung mit dem Gesundheitszustand behandeln können. Wir hoffen auf Ihr Verständnis, dass wir diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren. Dies geschieht in unserem gemeinsamen Interesse. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 STGB und Ihre personenbezogenen Daten werden nach Vorgaben des Bundesdatenschutzes behandelt.

Bei Unklarheiten zögern Sie bitte nicht uns anzusprechen.

Persönliche Daten

Angaben des Kindes...

Name	Straße/ PLZ
Vorname	Geburtsdatum

Angaben des Erziehungsberechtigten...

Name	Straße/ PLZ
Vorname	Geburtsdatum
Beruf	Telefon privat
E-Mail	Telefon mobil

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?



(Bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

Versicherungsstatus:

- Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenversicherung
- Hiermit bestätige ich, dass ich nicht im Basis-, Standard- oder Studententarif der privaten Krankenversicherung versichert bin.

- Freunde/ Bekannte/ Verwandte Wer?
- Internet: Google, Facebook Jameda Doctolib

Allgemeinmedizinische Anamnese

(Bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

Warum kommt Ihr Kind zu uns?

- Routineuntersuchung Sonstiges: _____
- Schmerzen

Name & Adresse des Kinderarztes:

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Nein Ja

Wenn ja, wie verlief dieser Besuch?:

Welche Hobbies oder Lieblingbeschäftigungen hat Ihr Kind?

Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarzt?

Nein Ja

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung (Herz-, Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, innere Organe, Blutungsstörungen, AIDS, Hepatitis, geistige Behinderung etc.)? Wenn ja, an welcher:

Nein Ja

Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten?

Nein Ja

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja



Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja

Andere Erkrankungen?

Nein Ja

Wenn ja, welche:

Bei Kleinkindern:

Braucht Ihr Kind noch einen Schnuller?

Nein Ja

Wird Ihr Kind nachts gestillt oder bekommt es noch ein Flasche?

Nein Ja

Ernährungsanamnese

(Bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

Nimmt Ihr Kind Fluoride zu sich?

- Fluorid-Gel Fluoridiertes Speisesalz Fluorretten Fluoridierte Mundspüllösung

Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt...

- vom Kind alleine mit Hilfe der Eltern (Eltern putzen nach) von den Eltern

Wie oft werden die Zähne geputzt?

- weniger als 1x tgl. 1x täglich morgens & abends mehr als 2x täglich

Womit werden die Zähne geputzt?

- von Hand elektrisch Zahncreme mit Fluorid Zahncreme ohne Fluorid

Um zu gewährleisten, dass die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Vorsorgebehandlungen regelmäßig durchgeführt werden können, gibt es in unserer Praxis ein **Recall-System**, in dem wir Sie regelmäßig an den nächsten Termin erinnern.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie in unser Recall-System aufnehmen und Sie somit an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern?

- Ja Nein

Sollten Sie einen Termin absagen müssen, dann vergeben wir diesen gerne an andere Patienten, die dringend auf einen warten. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn Sie

rechtzeitig telefonisch, per e-mail oder über Doctolib
absagen, d. h. **24 Stunden vor Ihrem Termin.**

Wir weisen Sie daher höflich darauf hin, dass wir Ihnen im Falle einer **Nichtabsage** oder **verspäteter Absage** gem. §§ 304, 683 BGB einen Aufwendungsersatz **bis zu 85.00 Euro/ halbe Stunde** zzgl. Porto in Rechnung stellen können.

Dieser Mehraufwendungsersatzanspruch fällt grundsätzlich, unabhängig von den Umständen des Versäumens an. Es handelt sich nicht um einen Schadenersatzanspruch, sondern um einen Kostenerstattungsanspruch. Für diesen Fall möchten wir mit Ihnen eine übliche, bewährte und juristisch bereits vielfach bestätigte Regelung vereinbaren, da eine Terminvereinbarung mit Zeitbindung einer beiderseitigen vertraglichen Vereinbarung entspricht. Die Einverständniserklärung dazu gehört zu dieser Vereinbarung.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ich stimme den oben genannten Vereinbarungen mit meiner Unterschrift zu.



Unterschrift Patient/ -in



Berlin, den

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt

