

# Anamnesebogen für Kinder



Kind: \_\_\_\_\_

Name Vorname geb. am Ort

Mutter: \_\_\_\_\_

Name Vorname geb. am

Vater: \_\_\_\_\_

Name Vorname geb. am

Beruf der Eltern: \_\_\_\_\_

Mutter Vater

Anschrift: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer Postleitzahl/Ort

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift des Versicherten (Vater/Mutter):

\_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer Postleitzahl/Ort

Das Kind ist mitversichert bei: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

privat pflichtversichert freiwillig versichert

Wir möchten Sie bitten Termine, welche von Ihnen nicht wahrgenommen werden können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir uns gezwungen sehen, Ihnen diese privat in Rechnung zu stellen.

Sollten nach vorheriger Vereinbarung mit Ihnen Mehrkosten für die Behandlung auftreten, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer des Kindes - falls er nicht der Rechnungsempfänger ist - diese unaufgefordert an den Rechnungsempfänger weiterzuleiten.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter 1 Erziehungsberechtigter 2

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Anamnese

Hat das Kind Geschwister? \_\_\_\_\_

ja/nein wie viele älter/jünger

betreuender Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind geimpft? \_\_\_\_\_

Geht Ihr Kind in die Kinderkrippe/Kindergarten/Schule? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Was mag es gern? \_\_\_\_\_

Was mag es nicht so sehr? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind ein Lieblingsspiel/Spielzeug? \_\_\_\_\_

Möchten Sie in den Erinnerungsservice aufgenommen werden? \_\_\_\_\_  
Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft?: \_\_\_\_\_  
Ist Ihr Kind derzeit gesund oder in ärztlicher Behandlung?: \_\_\_\_\_

Liegen Herzerkrankungen vor?: \_\_\_\_\_  
(Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges)

Gibt es eine Stoffwechselerkrankung?: \_\_\_\_\_  
(z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Nierenerkrankung, Sonstiges)

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen des Nervensystems?: \_\_\_\_\_  
(Krampfleiden, Epileptiforme Anfälle, Sonstiges)

Liegt eine Bluterkrankung vor?: \_\_\_\_\_  
(Blutarmut - Anämie, Bluter, Sonstiges)

Hat Ihr Kind eine Allergie?: \_\_\_\_\_  
(Asthma, Heuschnupfen, Allergiepess vorhanden? Sonstiges)

Hat(te) Ihr Kind eine Infektionskrankheit?: \_\_\_\_\_  
(Hepatitis, Tuberkulose, HIV o.ä.)

Sonstige Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt?: \_\_\_\_\_

Warum besuchen Sie uns?: \_\_\_\_\_

Kontrolle      KFO      Schmerzen  
Gibt es Erfahrungen? Welche? Gab es bisher eine  
Narkosenbehandlung?: \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind bereits einen Zahnunfall?: \_\_\_\_\_

Lutscht Ihr Kind oder hat es gelutscht?: \_\_\_\_\_

Ja                      Nein

Wenn Ja - womit?: \_\_\_\_\_

Erhält Ihr Kind Fluoride? : \_\_\_\_\_  
(Speisesalz, Zahnpasta, Tabletten o.ä.)

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne?: \_\_\_\_\_

Putzt es allein, oder putzen Sie nach?: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter 1

Erziehungsberechtigter 2

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Zahnarztpraxis Dr. Beate Derfert und Dr. Lutz Pieper  
Geschwister Scholl Str.65  
14471 Potsdam**

**Datenschutzerklärung**

Im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, anbei die folgenden Informationen:

Wir erheben, speichern, nutzen und löschen folgende personenbezogenen Daten:

Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind und alle anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen, Begleitung von Patienten.

Personenbezogene Daten werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns per Email, telefonisch, per Fax und/oder schriftlich in Kontakt treten und einen Behandlungstermin vereinbaren wollen. Erscheinen Sie in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten und geplanten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Im Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistung verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- persönliche Angaben (Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, und -ort, Emailadresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus)
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie, Leistungsabrechnung)

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln. Aufgrund der gesetzlichen Prüfpflicht ist der Zahnarzt verpflichtet, Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die zahnärztliche Stelle Röntgen zu senden.

Wollen Sie per Email oder telefonisch oder persönlich einen Behandlungstermin vereinbaren oder mit uns in Kontakt treten, werden die von Ihnen übermittelten Daten (Email etc.) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuzuweisen oder die Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen. (Art. 6 Abs. 1 S 1 lit. b DSGVO)

Um die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen abrechnen zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von

Daten für den Zweck der Erfüllung Praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1

lit. b DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit f DSGVO). Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von über 30 Jahren, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist 3 Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden Daten: Recht auf Auskunft, Recht auf Berichtigung oder Löschung, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und Recht auf die Datenübertragbarkeit.

Sie haben die Möglichkeit sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und das Recht auf Akteneinsicht des Landes Brandenburg

Dagmar Hartge

Stahnsdorfer Damm 77

14532 Kleinmachnow

Email: [poststelle@LDA.Brandenburg.de](mailto:poststelle@LDA.Brandenburg.de)

Datenschutzbeauftragter : Dr. Lutz Pieper

Email: [info@zahnaerzte-am-schloss-charlottenhof.de](mailto:info@zahnaerzte-am-schloss-charlottenhof.de)

Tel. 0331 2013358

Fax: 03312013359

Ort, Datum, Unterschrift:

### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten für die Terminerinnerung und zur Kontaktierung zwecks Terminverschiebungen gespeichert (Telefonnummer, Emailadresse, Adresse) und verwendet werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass ich per Email eine Terminerinnerung sowohl bestehender Termine erhalte, als auch für die Vereinbarung von Recall Terminen.

Ort, Datum, Unterschrift: