



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

wir freuen uns, dass Sie uns und unserem Team Ihr Vertrauen schenken. Wir möchten Ihnen Ihren Besuch bei uns so angenehm wie nur irgend möglich gestalten. Für eine optimale Behandlung benötigen wir von Ihnen noch einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, ist gerne unser Team für Sie da.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zur Person – Patient/in

Name des Kindes (Vor- & Nachname):.. _____

Geburtsdatum:..... _____

Straße, Hausnummer:..... _____

PLZ, Ort:..... _____

Telefon privat: _____

Telefon tagsüber/Mobil: _____

E-Mail/ sonst. Erreichbarkeit: _____

Name der Krankenkasse: _____

Erziehungsberechtigte/r? Mutter Vater Sonstige _____

Bei Familienversicherung – Angaben zu Hauptversicherten (Rechnungsempfänger)

Vor- und Nachname des Versicherten:.. _____

Geburtsdatum:..... _____

ggf. abweichende Anschrift des/r Versicherten:..... _____

Zusatzversicherung: Ja Nein

Ärzte etc.

Kinderarzt: _____

Kieferorthopäde: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung Internet Schule/KiGa Sonstige.....

Ich ermächtige Frau Dr. Marisa Grötsch oder deren Vertreter/in, unter Mitarbeit des Praxisteams zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind durchzuführen. Eingeschlossen ist der Gebrauch von Lokalanästhesie, Röntgen- oder anderer Diagnostik.

Ottobrunn, den _____
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

ANAMNESE DES KINDES

Bitte lesen Sie alle Gesundheitsfragen sorgfältig durch und kreuzen Sie Zutreffendes an:
Gerne helfen wir Ihnen beim Ausfüllen.

Haben Sie bei ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome festgestellt?

	Ja	Nein
1. Herzerkrankungen, -fehler oder –geräusche? Herzpass seit: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? Welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Erkrankungen der Schilddrüse? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Geistige Beeinträchtigungen oder Behinderung? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Probleme beim Hören oder Taubheit? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Probleme beim Sprechen? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Reagiert Ihr Kind allergisch z.B. Jod, Asthma, Heuschnupfen, Luftballons, Gummihandschuhe, Reaktion auf Medikamente oder Spritzen Wenn ja, auf was? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?

16. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt?
Wenn ja, warum?

17. Weitere Erkrankungen die hier nicht aufgeführt sind:

18. Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?
Wenn ja wann?

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Möchten Sie an unserem Recall / Kontroll-Termin-Erinnerungsservice teilnehmen?

- Ja per eMail
 Nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, zu bestimmten Anlässen, z.B. Recalls, Terminabsagen, Terminverschiebungen, vergessene Wiederholungstermine etc. schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

Ohne Ihre Einwilligung ist es uns nicht möglich, Sie bei Terminverschiebungen zu informieren.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Datenschutz

Die Patienteninformation zum Datenschutz, insbesondere zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten, wurde ich informiert. Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung der Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 ABS. 3 Satz 2 DSGVO).

Bitte achten Sie darauf, Termine bis 24h vorher abzusagen.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten