

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

Anamnese

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

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

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus!

Kinder-Anamnesebogen – Datenschutzerklärung -

Seite 2

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?

selten 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 Praxis für moderne Zahnheilkunde Pradel & Partner, 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 Praxis für moderne Zahnheilkunde 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 Praxis für moderne Zahnheilkunde 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 Praxis für moderne Zahnheilkunde Pradel & Partner 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-ol.de/ds-pdf>



_____, den
Ort

Datum Unterschrift Sorgeberechtigte/r