

# KINDERANAMNESEBOGEN

## DAMIT WIR IHR KIND BESSER KENNENLERNEN



AVADENT **KIDS!**  
Zahnmedizin einer neuen Generation.

Liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis,

wir, das Team der Praxis AVADENT KIDS, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt und den Ihres Kindes bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihrem Kind eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf seine individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine optimale und risikoarme Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### PERSÖNLICHE ANGABEN ZU IHREM KIND

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße · Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ · Wohnort \_\_\_\_\_

Kinderarzt\* \_\_\_\_\_

### VERSICHERTER ELTERNTEIL · GESETZLICHER VERTRETER

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Straße · Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ · Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon (privat) \_\_\_\_\_

Telefon (mobil)\*\* \_\_\_\_\_ E-Mail\*\* \_\_\_\_\_

Alleiniges Sorgerecht  Gemeinsames Sorgerecht  Vormund · Betreuer

Arbeitgeber\*\*\* \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse \_\_\_\_\_ Private Versicherung \_\_\_\_\_

Privat Basistarif  Kostenerstattung  Erhalt von Leistungen aus der Pflegeversicherung

Pflegegrad (1-5)  Beihilfeberechtigt

### WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?\*\*\*\* (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Website  Google  Zeitungsanzeige  Social Media

Doctolib  Empfehlung \_\_\_\_\_

Überweisende · r Zahnarzt · -ärztin \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie uns noch die umseitig aufgeführten Gesundheitsfragen, damit wir besser auf Ihre Wünsche eingehen und allgemeinmedizinische Risiken bei Ihrem Kind vermeiden können. Ihre persönlichen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

\* Freiwillige Angabe · wenn die Anforderung von Unterlagen für die Behandlung Ihres Kindes sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

\*\* Freiwillige Angabe · wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

\*\*\* Freiwillige Angabe · diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

\*\*\*\* Freiwillige Angabe · hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

## EIN PAAR DINGE, DIE WIR ÜBER IHR KIND WISSEN MÖCHTEN (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihnen eine Unverträglichkeit bei bestimmten Medikamenten bekannt?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung?

Atmet Ihr Kind häufig mit offenem Mund?

Nimmt Ihr Kind einen Beruhigungssauger und · oder eine Trinkflasche mit Sauger?

Lutscht Ihr Kind am Daumen bzw. an den Fingern?

Haben Sie bei Ihrem Kind Zähneknirschen oder -pressen beobachtet?

Wann fand im Babyalter der erste Milchzahndurchbruch statt? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung (Zahnsperre)?

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

## HAT ODER HATTE IHR KIND EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

Asthma

Chronische Bronchitis

Herzerkrankungen

Nierenerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Genetische Erkrankungen

Epilepsie

Bluterkrankungen · Blutgerinnungsstörungen

Infektionen (Hepatitis · Tuberkulose · HIV)

Andere Allgemeinerkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE HINWEISE

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erteilt zu haben und verpflichte mich, eintretende Änderungen des Gesundheitszustandes während der gesamten Behandlungsdauer mitzuteilen. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und die meines Kindes, mitgebrachte und hier erhobene Befunde und Röntgenbilder, Karteikarteneinträge und andere Aufzeichnungen von allen Mitgliedern und Mitarbeitern der AVADENT GmbH eingesehen werden dürfen und dass sie in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Studien ausgewertet werden können. Beigefügte Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten. Mir ist bekannt, dass Terminvereinbarungen bei der AVADENT GmbH verbindlich sind und mir bei kurzfristigen Absagen und Nicht-Erscheinen der ausgefallene Termin in Höhe des ausgefallenen Honorars in Rechnung gestellt wird (gem. §§ 611, 615 BGB).

\_\_\_\_\_  
Ort · Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN \*Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

\_\_\_\_\_  
Ort · Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit.  
Ihr Team von AVADENT KIDS

AVADENT GMBH

BAD HOMBURG  
KÖNIGSTEIN  
KÖPPERN

Am Mühlberg 6 – 8 · 61348 Bad Homburg · T 06172 307777 · F 06172 307778  
Hauptstraße 15 · 61462 Königstein · T 06174 955770 · F 06174 9557722  
Bachstraße 3 · 61381 Friedrichsdorf-Köppern · T 06175 1360 · F 06175 941019

info@avadent.de  
www.avadent.de

Sitz der Gesellschaft: Bad Homburg · Registergericht: Amtsgericht Bad Homburg · HRB 15577 · Steuernr.: 003 228 67158  
Geschäftsführer: Dott. Dr. med. Georg-Michael Henrich