

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte,  
 nur eine genaue Anamnese ermöglicht mir eine optimale Behandlung Ihres Kindes.  
 Bitte lesen Sie sich daher die folgenden Fragen sorgfältig durch, und versuchen diese  
 möglichst vollständig zu beantworten.

Kind \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Versicherter \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl / Ort \_\_\_\_\_

Kasse  Kasse \_\_\_\_\_  Zahnzusatzversicherung \_\_\_\_\_  
 Privat \_\_\_\_\_  Beihilfeberechtigt \_\_\_\_\_

Haus-Kinderarzt \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

Telefon/Mail \_\_\_\_\_  
 Telefon, tagsüber \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

01. Hat Ihr Kind Allgemeinerkrankungen, gibt es Besonderheiten?  
 \_\_\_\_\_
02. Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_
03. Gibt es Schlüsselreize/Besonderheiten für Ihr Kind im Zusammenhang mit Ärzten;  
 Abwehrhaltung, erhöhte Aktivität, Spritzenangst? \_\_\_\_\_
04. Wenn Ihr Kind zahnärztlich behandelt wurde: Wie beurteilen Sie sein Verhalten?  
 Kooperativ  Ängstlich, aber Behandlung war möglich  Verweigerung
05. Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? \_\_\_\_\_ x/tgl  alleine  elterliche Hilfe  nur Eltern
06. Welche Zahnpasta verwenden Sie? \_\_\_\_\_ zusätzliche Mittel? \_\_\_\_\_
07. Wurden Fluoridtabletten/Vigantolekten verabreicht?  
 Wenn ja, wie lange?  ja, bis zum \_\_\_\_ Lebensjahr  nein
08. Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?  ja  nein
09. Wurde Ihr Kind gestillt?  ja, bis zum \_\_\_\_ Monat  nein

10. Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? O ja  O nein

Was war hauptsächlich in der Flasche? \_\_\_\_\_

11. Was trinkt Ihr Kind zu Hauptmahlzeiten, was zwischendurch, in welcher Häufigkeit?

Eistee, Tee mit Zucker, Instanttee, Fruchtsaft, Fruchtschorle, Limonade, Cola, Milch

Zutreffendes bitte Unterstreichen. Sonstiges \_\_\_\_\_

12. Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?

Belegtes Brot, Obst, Gemüse, Kekse, Kuchen, Chips, Kaugummi

Zutreffendes bitte Unterstreichen. Sonstiges \_\_\_\_\_

13. Wie oft isst Ihr Kind „zwischendurch“? Ungefähr \_\_\_\_\_ x / Tag

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Sie kommen auf Grund einer Empfehlung? Bei wem dürfen wir uns bedanken?

\_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie über Telekommunikationsmedien an Ihre Termine erinnern? O ja  O nein

Vielen Dank für ihre Angaben. Ihre Angaben in meiner Praxis unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihnen ist bekannt, dass Termine in unserem Bestellsystem extra für Sie freigehalten werden und es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass Sie für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. spätestens 2 Tage vor dem Termin absagen, damit noch die Möglichkeit besteht „Ersatzpatienten“ einzubestellen. Mindestens 3 Werktage vor dem Termin erhalten Sie eine Terminerinnerung per SMS von uns.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Werktage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Behandlung durch die Praxis zu. 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).

Ich stimme außerdem zu, dass meine Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Berichte, Modelle etc.) bei Bedarf an meine behandelnden/ überweisenden Ärzte/ Zahnärzte/ Zahntechniklabor übermittelt werden.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient (gesetzl. Vertreter/Erziehungsberechtigter)