

Zahnarztpraxis am Chiemsee

Dr. Veronika Schweier, ZA Torsten Naumann
angest. ZÄ: Franziska Schwab, Charlotte Naumann

Markstatt 2a
83339 Chieming
Tel.: 08664/1016
www.zahnarzt-chieming.de
info@zahnarzt-chieming.de

Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,
bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus.
Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Kind

Name / Vorname / Rufname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o. Ä. _____

Kinderarzt / Hausarzt _____

Versicherung Privat ☐ ja gesetzlich Krankenkasse _____

Sorgeberechtigter

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail für Terminbestätigungen und Erinnerungen: _____

Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis – das heißt, dass wir die Zeit für Ihren Termin extra für Sie reservieren. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen ansonsten die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

ANAMNESE DES KINDES (KRANKENGESCHICHTE)

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? _____

Und wann das letzte Mal? _____

Besteht Zahnarztangst? ☐ ja ☐ nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

Gab es Zahnunfälle? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wo? _____

Gibt es etwas, was Ihnen persönlich aufgefallen ist? _____



Liebe und Geduld sind neben unserer Qualifikation das, was wir einfach mitbringen. Der zusätzliche, hohe Zeitaufwand, den eine konventionelle **Kariestherapie bei Kindern** erfordert, wird jedoch von den Krankenkassen und Versicherungen leider nicht extra honoriert. Die Zuzahlung beträgt pro Füllung ca. 50,- Euro. Teilweise ist eine konservative Füllungstherapie, zur Vermeidung einer Sedierung oder Vollnarkose, nur in mehreren Sitzungen mit viel Zeit, Einfühlungsvermögen, Erklären und auch Unterbrechungen möglich. Dies wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Deshalb ist in diesem Fall ebenfalls eine individuelle Zuzahlung für die Behandlung nötig. Über die Höhe der Zuzahlung informiert Sie der behandelnde Zahnarzt vor der Behandlung.

Bei **Leitungsanästhesien** im Unterkiefer kann es in seltenen Fällen zur Irritation der Unterkiefernervenstränge kommen. Dies äußert sich durch ein anhaltendes Taubheitsgefühl der Lippen und Zungenstellen über Tage/Wochen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss darauf, es ergibt sich aus anatomischen Verhältnissen des einzelnen Patienten.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Behandlung und die Benutzung meiner **Patientendaten** durch die behandelnden Zahnärzte der Zahnarztpraxis am Chiemsee ein.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die nächsten Kontrolltermine 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 habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift

Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle:

Datum

Unterschrift