

ANAMNESEBOGEN Minderjährig

ArabellaDent
Dres. Beyer, Klemm, Köroglu
Rosenkavalierplatz 15, 81925 München



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Neben den Personalien benötigen wir auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Frau / Herr Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Mitglied/Versicherter

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Straße Hausnummer PLZ Ort

Telefon

Privat Handy Geschäftlich

E-mail

Arbeitgeber/Beruf*

alle Angaben mit * sind freiwillige Angaben

Name der Versicherung:

Für Privatversicherte Basis- /Standardtarif Beihilfe Voll-Privat

(bis 2,0fachen Gebührensatz)

Für gesetzlich Versicherte Zusatzversicherung

Dürfen wir Familienangehörigen, Zusatzversicherungen etc. Auskünfte erteilen? (Entbindung von der Schweigepflicht) **Ja** **Nein**

Möchten Sie an Vorsorgetermine (Recall) erinnert werden?

per E-Mail per Brief

Jährlich Halbjährlich

Möchten Sie 24 Stunden vorher an Termine erinnert werden?

per E-Mail per SMS

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Praxisschild Jameda Google Persönliche Empfehlung Sonstiges:
von:

Mundgesundheitsituation

Haben Sie und Ihr Kind ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung Individualprophylaxe Sonstiges:

Schmerzbehandlung Zweitmeinung

Wurden im letzten Jahr Röntgenbilder im Kieferbereich Ihres Kindes angefertigt? **Ja** **Nein**

Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt?

Hat Ihr Kind Angst beim Zahnarzt?

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten (Daumen, Schnuller o.Ä.)?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Betreuender Kieferorthopäde:

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN

Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzfehler/-krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoimmunerkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Hashimoto etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen (z.B. Blutarmut, Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nieren- oder Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche Erkrankungen?					
<hr/>					
Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Für unsere Patientinnen:		
Wenn ja, welche?			Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Wenn ja, in welcher SSW:		
<hr/>					
Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, wegen welcher Krankheiten?					
<hr/>					
Sind Ihnen Allergien bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, wogegen?					
<hr/>					

DSGVO Datenschutz-Grundverordnung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung wurde mir ausgehändigt.

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r

INFO:

Sehr geehrte/r Patient/in,

unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, d.h. wir reservieren speziell für Sie die nach Ihren Bedürfnissen voraussichtlich benötigte Behandlungszeit. Sollten Sie diesen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie höflichst, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Da kurzfristig nicht eingehaltene oder nicht abgesagte Termine in der Regel nicht kompensiert werden können, sehen wir uns bei mehrmaligem Vorkommen gezwungen, reservierte, aber von Ihnen nicht rechtzeitig stornierte Behandlungstermine – zur Deckung der Betriebskosten – mit 180 Euro pro angefangene Stunde in Rechnung zu stellen.

Diese Vereinbarung gilt für Termine ab 1,5 Stunden Behandlungsdauer, jedoch nicht bei Krankheit, Unfall etc.

Wir bitten um Ihr Verständnis.

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r