

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen gut lesbar und in Druckbuchstaben aus!

Patientenkontaktdaten	
Familienname des Kindes:	
Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Familienname und Vorname Vater/Mutter (Hauptversicherter):	Geboren am:
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Versichertenstatus:	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Telefonnummer (privat):	
Telefonnummer (mobil):	
E-Mail (für Infos):	
Kinderarzt - Name und Anschrift:	
Wie sind Sie auf uns gekommen?	<input type="checkbox"/> Social Media <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Doctolib <input type="checkbox"/> Jameda <input type="checkbox"/> Sonstiges

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu dem Gesundheitszustand Ihres Kindes möglichst genau!
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, müssen umgehend dem Praxisteam mitgeteilt werden.

HIV-Infektion/Stadium AIDS:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie):		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzfehler/-krankheiten:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelbsucht:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien bzw. Unverträglichkeiten:	Was genau?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Krankheiten:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden zahnärztliche Röntgenbilder angefertigt?	Von wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Kind in einer kieferorthopädischer Behandlung?	Bei wem?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einnahme von Medikamenten:			

Wichtig!
Bitte unterschreiben Sie den Datenschutz **auf der Rückseite!**



Sehr geehrte/r Erziehungsberechtigte/r,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die eine Einwilligung erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Herr Majdi Dawoud.

Termine können auch online auf  gebucht werden.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System (Kontrolluntersuchung und professionelle Zahnreinigung nach 6 Monaten) einverstanden.

Personenbezogene Daten werden an unser Dentallabor - ASF-Dentaltechnik Alexander Sascha Fischer, Bismarckstraße 79, 45881 Gelsenkirchen - weitergegeben. (AV - Vertrag über die Auftragsverarbeitung personenbezogener Daten)

Wenn ich in Behandlung bei Frau Dr. Klopff war, erhält das gesamte Team von Herr Majdi Dawoud Einsicht in die Karteikarte und darf diese Infos verarbeiten und führen.

Das Praxisteam erinnert mich per E-Mail/SMS an die bestehenden Termine meines Kindes. Aktuelle Informationen (z. B. Praxisurlaub oder Angebote für die professionelle Zahnreinigung) werden ebenfalls per E-Mail/SMS verwendet.

**Terminbestätigung per E-Mail müssen am Termin vorgezeigt werden.
Ohne eine Bestätigung wird keine Behandlung durchgeführt und mein Termin wird vor Ort verschoben.**

<p>Vereinbarte Behandlungstermine müssen eingehalten bzw. mindestens 48 Std. vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.</p>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der angegebenen Daten.
Die Datenschutzbestimmung habe ich gelesen und bin mit allen oben aufgeführten Positionen einverstanden.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter