

## Anmeldung / Anamnese KIND (bis 12 Jahre)

### Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geb.dat \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. mobil \_\_\_\_\_ Tel. priv. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Versicherung \_\_\_\_\_

wenn privat versichert -> Basistarif:  ja  nein

Zahnezusatzversicherung  ja  nein

### Wer ist der Hauptversicherte?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geb.dat \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Praxisorganisation

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Daher ist es notwendig, im Verhinderungsfall den vereinbarten Termin **spätestens 24 h vorher** abzusagen.

**Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass wir im Falle der Nichteinhaltung eines Termins ohne fristgerechte Absage den entstandenen wirtschaftlichen Ausfall gemäß § 615 BGB in Rechnung stellen.**

### Aufklärung über Lokalanästhesie/örtliche Betäubung

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der Ausschaltung des Schmerzempfindens im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Durch die örtliche Betäubung können zahnärztliche Behandlungen in aller Regel schmerzfrei durchgeführt werden.

Obwohl die örtliche Betäubung ein sicheres Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Betäubungsmittel wie bei jedem Medikament möglich und nicht vermeidbar (z.B. Einstichschmerz, Bluterguss, dauerhafte Gefühlslosigkeit, Missempfindungen, Kreislaufprobleme, eingeschränkte Reaktionsfähigkeit, allergische Reaktionen etc.).

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann. Dies kann durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

### Wenn Sie das erste Mal in unserer Praxis sind...

Sind innerhalb der letzten 2 Jahre zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt worden?  ja  nein

Dürfen wir Ihr Kind an regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erinnern?  ja  nein

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Entbindung der Schweigepflicht

Unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, dass wir Ihre Daten im Rahmen der Zweckbestimmung an Dritte (z.B. Hausärzte, Überweiser, Zahntechniklabore, Kostenträger) übermitteln dürfen.

### Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie ...

Routinekontrolle       Beratung       Überweisung       Schmerzbehandlung

**Erster Zahnarztbesuch?**       ja       nein

**Ist Ihr Kind normal entwickelt?**       ja       nein

Anmerkung: \_\_\_\_\_

### Hat ihr Kind...

Herzerkrankungen/-fehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krampfanfälle/Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niereneinschränkungen/-insuffizienzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
allergisches Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
andere Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### Besteht eine Infektionskrankheit?

HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA-Infektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

wenn ja       A       B       C

**Regelmäßige Medikamente**       ja       nein

welche \_\_\_\_\_  
(wenn vorhanden, bitte Medikamentenliste beifügen)

### Hat Ihr Kind Allergien?

Lokalanästhesien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
zahnärztl. Metalle / Kunststoffe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Häusliche Fluoridierungsmaßnahmen

Fluoridierte Kinderzahnpaste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zusätzliches Fluoridgel (z.B. Elmex Gelee)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fluoridiertes Speisesalz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fluoridiertes Mineralwasser	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher Vertreter