

Anamnese des Kindes

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte/r: Name: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes so genau wie möglich. Sollte das Ausfüllen des Bogens Ihnen bei irgendeinem Thema Probleme bereiten, so sprechen Sie uns bitte darauf an. Je besser wir informiert sind, desto besser können wir Ihr Kind behandeln.

- | | | |
|--|-----|--------|
| 1. Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche?
Herzpass seit: _____ | OJa | O Nein |
| 2. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen? | OJa | O Nein |
| 3. Erkrankungen der Leber oder Niere? | OJa | O Nein |
| 4. Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?
Welche? _____ | OJa | O Nein |
| 5. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten? | OJa | O Nein |
| 6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten? | OJa | O Nein |
| 7. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? | OJa | O Nein |
| 8. Spastische Anfälle? | OJa | O Nein |
| 9. Geistige Beeinträchtigungen oder Behinderung? | OJa | O Nein |
| 10. Probleme beim Sprechen? | OJa | O Nein |
| 11. Sonstige Krankheiten?
Wenn ja, welche? _____ | OJa | O Nein |
| 12. Reagiert Ihr Kind allergisch?
Wenn ja, auf was? _____ | OJa | O Nein |
| 13. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____ | OJa | O Nein |
| 14. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? | OJa | O Nein |
| 15. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt?
Warum? _____ | OJa | O Nein |
| 16. Name des Kinderarztes: _____ | | |

Ich bestätige, die Fragen zur Krankengeschichte nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit mindestens 50 € in Rechnung gestellt werden können.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/ r

Bitte wenden 

EU-DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG

Seit dem 25.05.2018 ist eine neue EU – Datenschutzgrundverordnung in Kraft getreten.

Für therapeutische Zwecke und zur Erfüllung unseres Behandlungsvertrages müssen wir die Gesundheitsdaten ihres Kindes speichern, bei den gespeicherten Gesundheitsdaten handelt es sich um den Namen, Geschlecht, Anschrift, Geburtsdaten, Telefonnummer, Versichertenstatus, Versichertennummer, sowie den aufgenommenen Gesundheitsdaten.

Intern werden die Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen gespeichert und an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, evtl. der gesetzlichen Unfallversicherung oder dem medizinischen Dienst weitergeleitet. Die Verarbeitung und Weiterleitung der Daten erfolgt durch Fachpersonal, das im Sinn des Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

Des weiteren versichern wir Ihnen, die Daten Ihres Kindes regelmäßig zu sichern, um die Daten Ihres Kindes bei physischen oder technischen Zwischenfällen rasch wiederherstellen zu können.

Ich bin damit einverstanden, dass die Gesundheitsdaten meines Kindes zu therapeutischen Zwecken und zur Erfüllung des Behandlungsvertrages gespeichert werden. Im Zuge des Behandlungsvertrages dürfen die Daten meines Kindes auch zur Abrechnung der erbrachten Leistungen, an die oben genannten Stellen weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r