



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. dent. Jens Helbing

Dr. med. dent. M.-A. Mylonas-Helbing

Funktionsbereich Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Clemensstraße 26 -30 - 56068 Koblenz - Telefon (0261) 31 874

www.kinderzahnarztpraxis-helbing.de

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Patient
Name Vorname geb. am

Mitglied
Name Vorname geb. am

Anschrift
Straße Nr.
.....
Postleitzahl Ort

Telefon
privat dienstlich

Handy E-Mail

Krankenkasse

Beruf

Arbeitgeber

Hausarzt
Name Ort Telefon .

Erziehungsberechtigte: Vater Mutter Sonstige:

Grund des heutigen Zahnarztbesuches?
Besteht eine Zahnarztangst?
Bisheriger Zahnarzt:
Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung?
Kinderarzt:
Wann war der letzte Zahnarztbesuch?
Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?
Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich?

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| • Asthma | <input type="checkbox"/> | • Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| • Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | • Lebererkrankungen/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> |
| • Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | • Rheuma/rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> |
| • Hörstörungen | <input type="checkbox"/> | • Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| • Spastik | <input type="checkbox"/> | • Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| • Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | • Immunschwäche (AIDS) | <input type="checkbox"/> |
| • Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | • Geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> |
| • Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | • Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> |
| • Erkrankungen des Blutes | <input type="checkbox"/> | • Lernbehinderung | <input type="checkbox"/> |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?

Ja Nein

- Angeborene oder erworbene Herzfehler?
- Herzoperationen?
- Sonstiges:

Bestehen sonstige Erkrankungen? wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Wenn ja, worauf?		
Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Wenn ja, welche?		
Verlief die Schwangerschaft normal?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Geburt normal	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Wenn nein, warum?		
➤ Gewicht des Kindes bei der Geburt?		
Hatte Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit welchem Alter?		
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatte es schwere Unfälle?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
War es schon einmal im Krankenhaus?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Atmet Ihr Kind durch den Mund?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. dent. Jens Helbing

Dr. med. dent. M.-A. Mylonas-Helbing

Funktionsbereich Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Clemensstraße 26 -30 - 56068 Koblenz - Telefon (0261) 31 874

www.kinderzahnarztpraxis-helbing.de

Anamnese (Krankengeschichte) der Eltern:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
➤ Wenn ja, welche? Mutter: <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">Vater:</div>					
Neigen Sie zu:		Vater		Mutter	
	Karies	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Zahnstein	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Zahnfleischbluten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Zahnarztangst	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Empfohlen / überwiesen durch:.....

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, daß nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine pro für Sie (ihr Kind) reservierte Zeiteinheit von 30 Minuten in Höhe von 50 EUR in Rechnung erstellt werden.

Koblenz, den..... Unterschrift.....



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. dent. Jens Helbing

Dr. med. dent. M.-A. Mylonas-Helbing

Funktionsbereich Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Clemensstraße 26 -30 - 56068 Koblenz - Telefon (0261) 31 874

www.kinderzahnarztpraxis-helbing.de

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die
Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO**

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Befundung, Behandlung und Abrechnung 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).

Koblenz, den _____

Patient/in



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. dent. Jens Helbing

Dr. med. dent. M.-A. Mylonas-Helbing

Funktionsbereich Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Clemensstraße 26 -30 - 56068 Koblenz - Telefon (0261) 31 874

www.kinderzahnarztpraxis-helbing.de