

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis Kinderanamnesebogen

	Name	Vorname	Geb.-Datum
Patient:	_____	_____	_____
versichert über: ( Vater oder Mutter )	_____	_____	_____
Adresse:	_____		
Telefon:	_____	Handy: _____	
E-Mail:	_____		

### Allgemeine Anamnese:

1. Warum kommt Ihr Kind heute zu uns?	Routineuntersuchung ( )	Schmerzen ( )
Sonstiges	_____	
2. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	Nein ( )	Ja ( )
3. Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch?	Nein ( )	Ja ( )

### Gesundheitsfragen

1. Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung (Herz-Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, innere Organe, Gerinnungsstörung, AIDS, Hepatitis, geistige Behinderung etc.) ?	Nein ( )	Ja ( )
Wenn ja, welche?	_____	
2. Nimmt Ihr Kind Regelmäßig Medikamente ein?	_____	
Wenn ja, welche?	_____	
3. Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber bestimmten Stoffen?	Nein ( )	Ja ( )
Wenn ja, welche?	_____	
4. Gewohnheiten z.B Fingerlutschen, Lippenbeißen	Nein ( )	Ja ( )
5. Kieferorthopädische Behandlung wurde bereits durchgeführt	Nein ( )	Ja ( )
6. Wie oft putzt ihr Kind Zähne?	Nein ( ) 1 x tägl. ( )	2 x tägl.( )
Hiermit bin ich einverstanden, dass mein Kind Prophylaxemaßnahmen (Fluoride) erhält.	Nein ( )	Ja ( )
Für die regelmäßige Kontrolluntersuchung meines Kindes würde ich mich gerne erinnern lassen	Nein ( )	Ja ( )
Wenn ja :	Brief ( )	E-Mail ( )    Brief ( )

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten



### Patienteninformation zur Datenschutzverarbeitung in unserer Praxis

Im Rahmen der Behandlung erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, zu Ihrem Versichertenstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand sowie zur durchgeführten Therapie. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt. Mit den nachfolgenden Informationen können Sie sich einen Überblick verschaffen, welche Daten erhoben werden und wie wir damit verfahren.

Die Datenverarbeitung dient zum Zweck der Erfüllung des Behandlungsvertrages, der Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZVB), der Abrechnungsfirma (PVS) und unserem Recallsystem.

Die Empfänger der Daten sind verschiedene Krankenkassen, oralchirurgische-, kieferorthopädische-, und kieferchirurgische Praxen, zahntechnische Laboratorien, Abrechnungsfirma und Steuerkanzleien.

Die Daten der Patientenakte werden gemäß §630 f Abs. 3BGB für mindestens 10 Jahre gespeichert, oft auch noch darüber hinaus.

### Wir informieren Sie zudem über Ihre Betroffenenrechte nach der DS-GVO.

#### Ihre Rechte als von Datenverarbeitung Betroffener:

#### Ihnen stehen folgende Rechte gegenüber unserer Praxis nach Art. 15 bis 22 DSGVO zu:

- Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung und Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit
- Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit.
- Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde: Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)

Promenade 27

91522 Ansbach

Bitte beachten Sie, dass die Daten nur zu dem o.g. Zweck verarbeitet werden. Sollten die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterverarbeitet werden, informieren wir Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckänderung mit.

Die oben genannten Datenschutzinformationen habe ich gelesen, zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden:

-----  
Datum, Ort

-----  
Unterschrift

-----  
Name in Druckbuchstaben