

### Allgemeine Anamnese:

#### Herz/Kreislaufferkrankungen:

- Herzfehler
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschwäche
- Hat Ihr Kind einen Herzpass?
- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck
- Ohnmachtsanfälle
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Bluterkrankungen:

- Hämophilie (Bluter)
- Anämie (Blutarmut)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Nierenerkrankungen
- Lebererkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Schilddrüsenenerkrankungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Erkrankungen des Nervensystems:

- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Krämpfe
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten:

- Allergien
- Welche? \_\_\_\_\_

- Asthma
- Heuschnupfen
- Natriumbicarbonat
- Glycin
- Latex
- Penicillin
- Sonstige Medikamentenunverträglichkeiten

Hat ihr Kind einen Allergiepass?  Ja  Nein

#### Infektionskrankheiten

- Hepatitis A oder B
- Tuberkulose
- Chronische Atemwegserkrankungen
- HIV / Aids
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Frühere Krankenhausaufenthalte?

Wenn ja, wann und weshalb:

\_\_\_\_\_

Ist ihr Kind z.Zt. in ärztlicher (nicht zahnärztl. Behandlung?)

Wenn ja, warum?

\_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

Nimmt ihr Kind regel. Medikamente ein?

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

### Zahnärztliche Anamnese:

Erster Zahnarztbesuch mit \_\_\_\_\_ Jahren.

#### Zahnarterfahrungen des Kindes

- gut  mittel  schlecht  keine Erfahrung

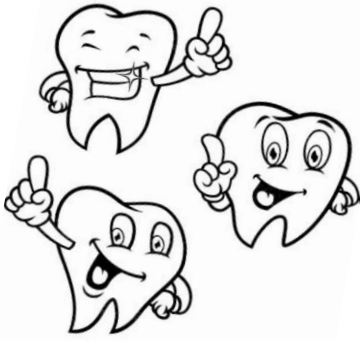
#### Mund-Kiefer – OP's / Unfälle

- Frontzahntrauma
- Operationen im Mund-Kiefer-Gesicht
- Wann? Warum?

\_\_\_\_\_

#### Kieferorthopädische Behandlung

- Mutter  Vater  Geschwister  Patient



### Ernährungsgewohnheiten:

#### Was isst und trinkt Ihr Kind am meistens zum Frühstück?

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Müsli      | <input type="checkbox"/> Tee gesüßt     |
| <input type="checkbox"/> Brot       | <input type="checkbox"/> Tee ungesüßt   |
| <input type="checkbox"/> Käse/Wurst | <input type="checkbox"/> Kakao          |
| <input type="checkbox"/> Joghurt    | <input type="checkbox"/> Milch          |
| <input type="checkbox"/> Obst       | <input type="checkbox"/> Saft / Schorle |
| <input type="checkbox"/> Nutella    | <input type="checkbox"/> Mineralwasser  |
| <input type="checkbox"/> Marmelade  | <input type="checkbox"/> Limonade       |
| <input type="checkbox"/> Honig      |   |
| Sonstiges: _____                    | Sonstiges: _____                        |

#### Was gibt es auf den Tag verteilt meistens als Zwischenmahlzeiten?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Belegtes Brot  | <input type="checkbox"/> Kuchen           |
| <input type="checkbox"/> Obst / Rohkost | <input type="checkbox"/> Chips            |
| <input type="checkbox"/> Süßigkeiten    | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

#### Was trinkt ihr Kind im Laufe des Tages?

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wasser           | <input type="checkbox"/> Kakao        |
| <input type="checkbox"/> Limonade         | <input type="checkbox"/> Milch        |
| <input type="checkbox"/> Saft / Schorle   | <input type="checkbox"/> Tee gesüßt   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> Tee ungesüßt |

#### Überlassen Sie Ihrem Kleinkind die Flasche zum Dauernuckeln?

- Tags       Nachts

Inhalt: \_\_\_\_\_

#### Was isst und trinkt Ihr Kind meistens zum Abendessen?

### Mundhygienegewohnheiten:

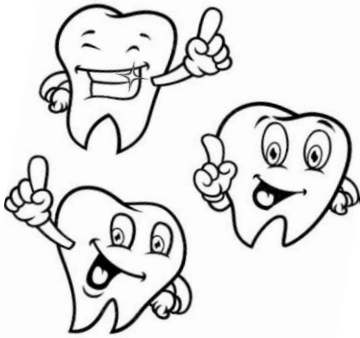
#### Wie oft putzt sich ihr Kind die Zähne?

- gar nicht    1-mal tägl.    2-mal tägl.    3-mal tägl.    Mehr als 3-mal tägl.

#### Wann werden die Zähne üblicherweise geputzt?

- morgens    mittags    abends    vor den Mahlzeiten    nach den Mahlzeiten

Wie lange werden die Zähne in der Regel geputzt: \_\_\_\_\_



**Wer putzt die Zähne:**

- Mutter  Vater  Kind  Kind mit Unterstützung der Eltern

**Individuelle Fluoridmaßnahmen:**

- Fluoridiertes Speisesalz  Kinderzahnpaste  Erwachsenenzahnpaste  Fluoridtabletten

**Lutschgewohnheiten:**

- Daumen (Bis \_\_\_\_\_ Lebensmonat)  
 Finger (Bis \_\_\_\_\_ Lebensmonat)  
 Schnuller (Bis \_\_\_\_\_ Lebensmonat)

**Flasche / Brust:**

- Stillen (Bis \_\_\_\_\_ Lebensmonat)  
 Milchflasche (Bis \_\_\_\_\_ Lebensmonat)

Wenn ja:  nachts  tags

**Nützliche Zusatzinformationen:**

Um einen Bezug zu Ihrem Kind herstellen zu können, sind Hintergrundinformationen oft hilfreich.

Lieblingsfarbe: \_\_\_\_\_

Lieblingsspielzeug: \_\_\_\_\_

Lieblingsbuch: \_\_\_\_\_

Lieblingsspeisen: \_\_\_\_\_

Lieblingsschulfach: \_\_\_\_\_

Die/Der beste/r Freund/in: \_\_\_\_\_

**HINWEIS ZU UNSERER ORGANISATION**

Unser Ziel ist es, Ihnen eine Behandlung mit einer individuellen Beratung ohne lange Wartezeiten anzubieten. Sollten Sie jedoch einmal länger warten müssen, bitten wir Sie um Ihr Verständnis.

Leider ist es trotz genauester Planung nicht immer möglich, auftretende Notfälle vorherzusehen oder eine länger dauernde Behandlung einzukalkulieren.

**Wir bitten Sie höflichst, vereinbarte Termine bei uns einzuhalten oder diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.** Vielen Dank für ihr Verständnis.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben**

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

**Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten  
durch die Praxis Dr. Weskott**

Sehr geehrte/r Patient/in,

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

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. **Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind.**

Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. 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 ist Herr Dr. Marvin Weskott

Kontaktdaten: Reinickendorfer Str. 3, 58642 Iserlohn, 02374/2500, info@zahnarzt-weskott.de

<b>1. Recall</b>	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per [SMS oder Mail] 6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung.
<b>2. Abrechnung über externe Dienstleister</b>	Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.
<b>3. Fremdlabor</b>	Unsere Praxis arbeitet gegebenenfalls mit einem Fremdlabor (Dental Labor Prünthe, Wasserstr. 25 in 59423 Unna) zusammen. Dort wird Ihr Name, Vorname und Geburtsdatum für die Abrechnung weitergegeben.
<b>4. Zusendung</b>	Unsere Praxis sendet Kosteninformationen, sowie die Privatliquidation per Post oder Mail an die von Ihnen angegebene Anschrift.
<b>5. Datenweitergabe an Dritte (z.B. Röntgenaufnahmen)</b>	Ihre persönlichen Daten werden auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Rezept, Heilmittelverordnung, Bescheinigung an Arbeitgeber sowie Schulen, Überweisung an Ärzte notiert. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, sowie Röntgenaufnahmen und Röntgenbefunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Marvin Weskott und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift (Patient/ bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)**

\_\_\_\_\_

