

Herzlich willkommen in unserer  
Zahnarztpraxis!  
Anamnesebogen für Kinder



Vorname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Hobbies, Lieblingsfilm/Lieblingsbuch \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte (Name/Vorname/Geb.-Datum/Adresse[nur wenn abweichend]) \_\_\_\_\_ Kinderarzt \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Telefonnummer/Email \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Fragen zur Zahngesundheit:**

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Zahnarztangst? ja  nein   
Gab es Zahnunfälle? ja  nein   
Wurden Zähne geröntgt? ja  nein   
Daumenlutschen? ja  nein   
Lispeln? ja  nein   
Lippenbeißen? ja  nein

Schnuller? ja  nein   
Dauerhafte Mundatmung? ja  nein   
Fluoridierte Zahnpasta? ja  nein   
Zungen-/Wangenpressen? ja  nein   
Dauerhaftoffener Mund? ja  nein   
Fluoridgabe als Säugling? ja  nein

**Fragen zur allgemeinen Gesundheit:**

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Herz-Kreislaufkrankung ja  nein   
Bluterkrankung ja  nein   
Krebserkrankungen ja  nein   
Diabetes ja  nein   
Asthma/Lungenerk. ja  nein   
Psychische Erkrankung ja  nein

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis): \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen:**

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja  nein

· Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es Knochenbrüche oder Unfälle im Mund-,Kiefer-,Gesichtsbereich? ja  nein

Wenn ja, wo und wann? \_\_\_\_\_

Liegen Allergien vor? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr Kind zum ersten/letzten Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja  nein  Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung  Internet  Zeitung  Sonstiges \_\_\_\_\_

Was führt Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Recall\* erwünscht? ja  nein  per Post  per SMS  per E-Mail

Dürfen wir Ihnen Terminerinnerungen per SMS senden? ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten des Patienten per EDV gespeichert und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Ich bin heute zur zahnärztlichen Behandlung durch Zahnärztin Sarah Schilder in der Sprechstunde erschienen. Einer Einsichtnahme und Übernahme meiner bisher durch Zahnarzt Johannes Schul geführten Patientenunterlagen durch Zahnärztin Sarah Schilder stimme ich ausdrücklich zu.

Ort, \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

\*Erinnerung an den Vorsorgetermin

## **Patienteneinwilligung und -information zum Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere personenbezogene Daten wie Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen, und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbrief und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder), verarbeitet.

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist. Ich willige mit meiner Unterschrift in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

### **1. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten (s.o.) und zu diesem Zweck können uns auch Ärzte und Zahnärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen und Röntgenbildern). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### **2. Empfänger Ihrer Daten**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem anderen Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker etc. Physiotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der medizinische Dienst der Krankenkassen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnungspflichtige Empfänger.

### **3. Speicherung Ihrer Daten**

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich länger Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen gemäß § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### **4. Ihre Rechte**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr gesondertes Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Land NRW – Staatskanzlei des Landes NRW – Behördliche Datenschutzbeauftragte  
Horionplatz 1 - 40213 Düsseldorf - Tel.: 0211/83701 Mail: [datenschutz@stk.nrw.de](mailto:datenschutz@stk.nrw.de)

### **5. Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit.h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr.1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden oder an die oben genannte Behörde.

### **6. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung in der Zahnarztpraxis**

Verantwortlicher i.S.d. Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist:

Zahnärztin Sarah Schilder – Zahnarztpraxis Beverau – Erzbergerallee 66 – 52066 AC – Tel.0241-66633  
Email: [info@zahnarztpraxis-beverau.de](mailto:info@zahnarztpraxis-beverau.de)

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter/Versicherter