# Anamnesebogen für Kinder



Name, Vorname GebDatum, Geburtsort, aktuelle Adresse über wen ist Ihr Kind versichert?:
does well ist in Kind versionert?
Name, Vorname GebDatum, Geburtsort, aktuelle Adresse Handy.Nr. der Sorgeberechtigten :
Wer ist für das Kind sorgeberechtigt? 0 Mutter 0 Vater 0
Welches ist Ihr besonderes Anliegen?
1-3 Jahre: Kennen Sie den Elfra? 0 Ja 0 Nein
1-6 Jahre: Hat Ihr Kind einen 0 Zahnärztlichen Kinderpass, 0 Herzpass,
0 einen Bluterpass, 0 einen Allergiepass, 0 einen Röntgenpass?
Wie verliefen die Besuche bisher? 0 schwierig, 0 nur Untersuchung, 0 unproblematisch
Kinderarzt/ Hausarzt/ Spezialist?
Welche Allgemeinerkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt?
Hat sich Ihr Kind schon einmal an den
0 Zähnen :
0 Kopf- und Mundbereich:verletzt?
Welche Behandlung fand statt?:
Was isst Ihr Kind am liebsten?
Was trinkt Ihr Kind bevorzugt:
Woraus trinkt es?
Benutzt Ihr Kind einen Nuckel? Wann?
Nuckelt Ihr Kind am Daumen / Finger ? Wann?
Benutzen Sie fluoridiertes Salz in Ihrem Haushalt? 0 Ja 0 Nein
Benutzen sie Fluortabletten oder Fluorspülung? Zutreffendes bitte unterstreichen
Wann putzt wer Ihrem Kind die Zähne?
Welche Kinderzahnpaste benutzen Sie für Ihr Kind?
Hat Ihr Kind eine logopädische Behandlung bekommen? 0 Ja 0 Nein Wenn ja, wann?
Wie lange?
Weshalb?

Hat Ihr Kind schon einmal an einem Pro Haben Sie selbst Erfahrungen in diesem	phylaxeprogramm teilgenommen? 0 Ja 0 Nein Bereich? 0 Ja 0 Nein
Gibt es spezielle Umstände, Erfahrunger	n Ihres Kindes, über die wir Bescheid wissen sollten?
Meinen Sie, dass Ihr Kind besondere Mabenötigt?	ßnahmen zum Vertrautwerden (Desensbehandlung)
	in denen Ihr Kind besonders belastet war?
The state of the s	Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen en beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch
Ferner setzen wir Sie davon in Kenntnis, 20 Min/ angesetzter Behandlungszeit in F	dass Termine, die versäumt werden, mit 25,- € pro Rechnung gestellt werden.
Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt alleinige Sorgerecht zusteht, bzw im Einz wenn ein Elternteil unterschreibt, untersc	er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das verständnis mit dem anderen Elternteil handelt, also hreibt es für beide Elternteile.
Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte
Pat.Nr.: wird vom Praxisteam eingetragen	DSGVO:

 $Stand: 02/20\ Na\ Startbutton \ Comuter \ F\ Praxis/Praxis-Darstellung/Patienten information/Anamnese b\"{o}gen/Anamnese b\"{o}gen/Anamnese b\"{o}gen/Anamnese b\"{o}gen/Anamnese b\'{o}gen/Anamnese bogen/Anamnese b\'{o}gen/Anamnese b$ 

### Anamnesefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vollständig durch Ankreuzen. Die freigehaltenen Textzeilen vervollständigen sie bitte handschriftlich.

d Sie privat versic	ersicherten (bei Familienversicherter), aktuelle Adresse Geburt: hert?	Ja	Nein
d Sie beihilfebered		Ja	Nein
	re Zusatzversicherung?	Ja	Nein
	nde Allgemeinarzt? Tel.:	Ja	INCHI
den Sie an	- Allergien (z.B. Penicillin, Schmerzmittel, Lokalanästhesien?)	Ia	Nein
	- Neurodermitis	Ja	Nein
	- Anfallsleiden (Epilepsie)?	Ja	Nein
	- Atemwegs- oder Lungenerkrankungen (Asthma)?	Ja	Nein
	- Blutgerinnungsstörungen?	Ja	Neir
	- Diabetes (Typ 1; Typ 2)?	Ja	Neir
	Letzter HbA1c? Wann?	0.4	110111
	- einem Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)?	Ja	Nein
	- Tinnitus	Ja	Nein
	- einer Erkrankung der blutbildenden Organe?	Ja	Nein
Milz $\square$	Knochenmark Lymus Lymphknoten		1 (011)
en/ hatten Sie ein	e(n)		
- Herzinsuff		Ja	Nein
<ul> <li>Herzinfark</li> </ul>	t (Wie viele, wann)?	Ja	Nein
- Angina peo	etoris?	Ja	Nein
- Rhythmus	störung?	Ja	Nein
- Schrittmad	cher?	Ja	Nein
	hler/ -ersatz?	Ja	Nein
otigen sie eine an	tibiotische Behandlung bei Operationen, Zahnstein entfernen,		
essionelle Zahnre	inigung?	Ja	Nein
en Sie hohen Bli		Ja	Nein
<ul> <li>niedrigen</li> </ul>	Blutdruck?	Ja	Nein
en oder hatten Sie			
- eine Infektio	onskrankheit: Hepatitis, Aids, TBC, andere?	Ja	Nein
	Lebererkrankung?	Ja	Nein
- eine Nierene	erkrankung, sind Sie Dialysepatient?	Ja	Nein
- eine Schildd	rüsenerkrankung? Erhielten Sie eine Radio-Jodtherapie	Ja	Nein
<ul> <li>Osteoporose</li> </ul>	Arthritis/ Rheuma?	Ja	Nein
- eine Tumore	erkrankung?	Ja	Nein
s ja: nehmen oder	nahmen Sie je eines der folgenden Medikamente		
redia, O Pamifos	, O Fosamax, O Fosavance, O Aclasta, O Zometa		
	i früheren Operationen?	Ja	Nein
- Angst/ Atem	nnot/ Ohnmachten bei zahnärztl. Behandlungen	Ja	Nein
stige Erkrankunge		Ja	Nein
	tzter Zeit Operationen unterziehen?	Ja	Nein
in ja, welchen?			

Ja

Nein

Wann war das letzte zahnärztliche Röntgen (Übersichtsaufnahme, Einzelbild, wo?)

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung?

Rauchen Sie (Wie viele)?

Besteht Interesse an einer Raucherentwöhnung?	Ja	Nein
Besteht eine Drogen- oder Alkoholsucht?	Ja	Nein
Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	Ja	Nein
Haben Sie Kinder?	Ja	Nein
Wenn ja: Wieviele? Alter?		
Kinder: Welches Fluorpräparat verwenden Sie (Salz, Spülung, Tabletten, Paste	)?	
Wie oft täglich?		
Haben Sie eine Parodontosebehandlung bekommen? Wann?	Ja	Nein
Betreiben Sie Sport?	Ja	Nein
Wenn ja, welchen?		
Zahnärztliche Anamnese:		
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?	Ja	Nein
Sind Sie mit dem Zustand Ihres Gebisses zufrieden?	Ja	Nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	Ja	Nein
Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	Ja	Nein
Waren Sie in logopädischer Behandlung?	Ja	Nein
Wenn ja, sind Sie mit der bisherigen Behandlung und deren Ergebnis		
zufrieden?	Ja	Nein
Haben Sie bzw. tragen sie eine Aufbisschiene?	Ja	Nein
Tragen Sie Zahnersatz? Seit::	Festsitzend	
Wenn ja, Material?: 0 Keramik, 0 Kunsstoff, 0 Hochgold, 0 NEM, 0 Titan	herausnehmba	r
Sind Sie sich bewusst oder ist Ihnen gesagt worden, dass Sie sogenannte		
Parafunktionen mit Ihrem Gebiss oder Kiefergelenk ausüben?	Ja	Nein
Haben Sie Beschwerden an Ihrer Gesichts-, Hals- oder Kaumuskulatur?	Ja	Nein
Haben Sie Schmerzen am Kiefergelenk?	Ja	Nein
Haben Sie Schmerzen - an der Wirbelsäule?	Ja	Nein
- an den Halswirbeln?	Ja	Nein
- an den Brustwirbeln?	Ja	Nein
- an den Lendenwirbeln?	Ja	Nein
Leiden Sie häufig unter - Kopfschmerzen?	Ja	Nein
- Verspannungen der Nackenmuskulatur?	Ja	Nein
Wissen Sie, was unter zahnärztlicher Prophylaxe zu verstehen ist?	Ja	Nein
Möchten Sie zu diesem Thema beraten werden?	Ja	Nein
Haben Sie ein Bonusheft?	Ja	Nein
Möchten Sie per SMS an den nächsten Termin erinnert werden?	Ja	Nein
Falls ja, bitte Handynummer angeben:  Ist Schnarchen bei Ihnen zu Hause ein Problem?	- ,	27.1
Sie können nicht mehr ruhig schlafen?	Ja	Nein
Welche Blutgruppe haben Sie :		
Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßen		h
Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und	verkenr nach za	illiarzuichen
sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.	Auf Wungah m	for wir Ibnor dobor
gerne ein Taxi.	Auf wullschift	iten wir innen daner
Ferner setzen wir Sie davon in Kenntnis, dass Termine, die versäumt werden, n	nit 25 E pro 20	Min/
angesetzter Behandlungszeit in Rechnung gestellt werden.	int 25,- e pro 20	(VIIII/
Name, Vorname des Patienten, Geburtsdatum, Geburtsort, aktuelle Adresse	, Tel+ Handy-	Nummer
Ort, Datum Unterschrift		
eingescannt . Nr. : DSGVO:		

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Ggf. gesetzl. Vertreter/-in\* oder abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

Elternteil\*\* Betreuer/-in Ehegattin/-gatte

Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils abgegeben.

## Einverständniserklärung

#### Ich erkläre mich einverstanden mit der

- · Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- möglichen Einholung einer Information durch DZR bei einer Auskunftei zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunftei mit.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank).

Ort/Datum



DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der

Diese Zustimmung kann jederzeit - allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft - widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Umseitige Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.



Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in\* und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in

Praxisstempel

Dr. M. Natorp Große Straße 32, 49451 Holdorf 05494/995511 info@drnatorp.de

# Informationen zu Ihrer Rechnung

## Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, Ihnen DZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie zu begleichen. konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung Nach geltender Rechtslage ist es erfornungsstellung über DZR ist für Sie selbst- bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unverständlich kostenlos.

der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet DZR Ihre Praxis Selbstverständlich ist DZR gesetzlich zur deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die www.dzr.de/dsgvo. Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen. oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet

der DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem zentrum GmbH (DZR) übertragen. Die Rech- Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher terschreiben Sie hierze die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. DZR wird Ihre DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung Daten ausschließlich auf Basis dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz der Datenschutzbeauftragte von DZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt "Informationen zum Datenschutz", das Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von DZR gerne Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter

Kontaktdaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:



DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

Hauptsitz Stuttgart: Marienstraße 10 70178 Stuttgart Telefon 0711 99373-4000 Telefax 0711 99373-4030

Niederlassung Neuss: Hermann-Klammt-Straße 7 41460 Neuss Telefon 02131 77685-5000 Telefax 02131 77685-5030

Hanseatische Niederlassung: Niederlassung FRH: Heidenkampsweg 51 20097 Hamburg Telefon 040 8090307-5050 Telefax 040 8090307-5070

Marienstraße 12 70178 Stuttgart Telefon 0711 99373-4000 Telefax 0711 99373-4030

Datenschutzbeauftragter DZR | Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart | E-Mail datenschutz@dzr.de

www.dzr.de

Dr. med. dent. Michaela Natorp Zahnärztin Große Straße 32b 49451 Holdorf

Fon: 05494 / 995511 Fax: 05494 / 995513

e-mail: michaela.natorp@ewetel.net e-mail: info@drnatorp.de



Corona Anamnesebogen		
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Tel.Nr.:		
Fühlen Sie sich krank oder haben	Sie Fieber?	Ja/Nein
Leiden Sie unter Atemwegsbeschv	werden? (Husten/Heiserkeit/Atemnot/etc.)	Ja/Nein
Leiden Sie unter folgenden Verda	chtssymptomen? Zutreffendes ankreuzen!	
O Verlust der Geruchs-oder Gesch	nmacksempfindung	
O Schnupfen		
O Hals-und/oder Rachenschmerze	n	
O Kopf-,Muskel-oder Gelenkschn	nerzen seit weniger als 2 Wochen	
O Erbrechen oder Durchfall in der	n letzten Tagen	
Hatten Sie in den letzten 2 Woche	n persönlich Kontakt zu einer mit dem Corona	Virus infizierten
Person?		Ja/Nein
Ist jemand im gleichen Haushalt e	erkrankt?	Ja/Nein
Ort, Datum		
Unterschrift Patient/Patientin:		

Dr. med. dent. M. Natorp Zahnärztin Große Straße 32

49451 Holdorf

Tel.: 05494/995511 Fax.: 05494/995513

Bankverbindung: OLB Holdorf

Konto.: 440 240 08 00 BLZ: 280 22 511

IBAN: DE71280200504402400800

Swift-BIC: OLBODEH2XXX



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

Dr.med.dent. M. Natorp - Große Strasse 32 - 49451 Holdorf

Patient/in:
Name:
Adresse:
Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck
- Labor - weiterbehandelnde Ärzte (Hausarzt, MKG, Gutachter, etc.) - externe Abrechnungsgesellschaft - interdisziplinäre Kommunikation - Krankenkasse - Versicherungen
durch die Praxis zu.
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen werden kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).
Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung der Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 abs. 3 Satz 2 DSGVO).
Holdorf, den
Unterschrift Patient:
Unterschrift gesetzlicher Vertreter: