

Anamnesebogen für Kinder

Falls Sie Fragen bei der Beantwortung haben,
wenden Sie sich bitte an uns.

Name des Kindes:
Geburtsdatum:
Name der Mutter:
Name des Vaters:
Hauptversicherter:
Adresse:
Telefonnummer:
Kinderarzt/Hausarzt:



	Ja	Nein
Leidet Ihr Kind an Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an Herz- und Kreislauferkrankungen? z.B. Bluthochdruck, Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine erhöhte Blutungsneigung oder eine Gerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Zuckerkrankheit (Diabetes) bekannt? Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Erkrankung der Atemwege? z.B. Asthma, Polypen, Mundatmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Epilepsie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein genetischer Defekt vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen? Welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung oder trägt es eine Zahnspange? Kieferorthopäde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wünschen Sie eine Erinnerung per Mail an notwendige Vorsorgeuntersuchungen? Ja Nein

Bitte geben Sie uns Ihre E-Mail-Adresse an:

Kenntnisnahme der Datenschutzbestimmungen:

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO). Sie werden streng vertraulich behandelt. Mit der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen und behandlungsrelevanten Daten, ggf. Übermittlung an Auftragnehmer (z.B. Dentallabore) erklären Sie sich hiermit einverstanden. Sie können diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen. Die behandlungsrelevanten Daten unterliegen gesetzlicher Aufbewahrungsfristen. Ein Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Die ausführliche Datenschutzerklärung unserer Praxis können Sie auf Nachfrage gern einsehen.

Verantwortlich: Dipl.-Stomat. Elisabeth Pönisch & Dr. Roman Pönisch, Otto-Harzer-Straße 30, 01156 Dresden, Tel: 0351/412 93 23

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren.

Dresden, den Unterschrift