

## Anamnese - Kind

(Persönliche Daten und Krankengeschichte)

Patient  
m / w / d

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versichert über: Mutter  Vater  selbst

Erziehungsberechtigter: Mutter  Vater  Beide

Mitglied/  
Zahlungspflichtiger  
Über welches Elternteil  
ist Ihr Kind versichert?

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift d.  
Arbeitgebers

Straße u.  
Hausnr.: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Name des  
Kostenträgers  
(Krankenkasse,  
Beihilfe)

Ich bin pflichtversichert  ich bin privat zusatzversichert

Ich bin privat versichert  Ich bin freiwillig versichert

Ich habe einen PKV-  
Standardtarif  Ich wünsche Kostenerstattung  
gem. §13 Abs. 2 SGB V

Kinderarzt

Ich bin beihilfeberechtigt  Ich bin nicht versichert

**Zur Sicherheit Ihres Kindes erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen des Versicherungsstandes, Ihrer Adresse und des Gesundheitszustandes Ihres Kindes mit!**

1. Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome bekannt:

Welche:

a. Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten  
von Medikamenten / Materialien  ja  nein \_\_\_\_\_

b. Herz-, Kreislauferkrankungen:  
(angeborener) Herzfehler, Herzgeräusche,  
Endokarditis, Prophylaxe, Sonstiges  ja  nein Herzpass vorhanden? \_\_\_\_\_

c. Schwierigkeiten bei der Atmung  
(Asthma, Pseudo Krupp, Sonstiges)  ja  nein \_\_\_\_\_

d. Infektionserkrankungen  
(HIV, TBC, Hepatitis A/B/C, Sonstiges)  ja  nein \_\_\_\_\_

e. Internistische Erkrankungen  
(Diabetes, Blutgerinnungsstörung,  
Lebererkrankung, Nierenerkrankung,  
Epilepsie/ Krampfanfälle, Tumore, Autoimmunerkrankungen,  
Sonstiges)  ja  nein \_\_\_\_\_

f. Störungen des Bewegungsapparates  
(Rheuma, Lähmungen, veränderter Muskeltonus, körperliche Behinderung)  ja  nein \_\_\_\_\_

- g. Geistige Verzögerung/ Behinderung   \_\_\_\_\_
2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?   Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Existieren Zahn/Kiefer-Röntgenbilder   von wann: \_\_\_\_\_
3. Ist Ihr Kind vollständig geimpft?   \_\_\_\_\_
4. Gab es in der Vergangenheit einen Unfall,  
Im Mund- oder Gesichtsbereich?  
(z.B. Sturz auf die Zähne etc.)   \_\_\_\_\_
5. Möchten Sie zukünftig an die Prophylaxe  
für Ihr Kind erinnert werden?
6. Möchten Sie eine Terminerinnerung per SMS/E-Mail
7. Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

**WICHTIG! Terminänderungen oder Absagen sind so früh wie möglich mitzuteilen, spätestens 24h vor der vereinbarten Behandlungszeit.  
Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine müssen wir den kassenüblichen Satz berechnen.**

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

\_\_\_\_\_  
Hamburg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

\_\_\_\_\_  
Gesetzliche/r Vertreter/in – Name – Vorname - Geburtsdatum

Stellung zum Patienten:  Vater  Mutter  oder \_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße – PLZ – Ort)

erkläre mich einverstanden, dass

- Mein behandelnder Zahnarzt meine Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung, anfordern darf. Die betreffenden Ärzte werden insofern von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.
- Mein behandelnder Zahnarzt meine Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an mich behandelnde, andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Hamburg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin