



# ANAMNESEBOGEN

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Kinderzahnarztpraxis. Wir möchten Sie bitten, sich kurz etwas Zeit zu nehmen und diesen Anamnesebogen für Ihr Kind auszufüllen. Wir möchten Ihrem Kind eine bestmögliche Behandlung in angenehmer Atmosphäre bieten. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

## Angaben zur Person:

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname (Patient/in)  m  w  d \_\_\_\_\_  
Geburtsort, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname (Versicherte/r)  m  w  d \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse (bitte auch Private) \_\_\_\_\_  
Private Zusatzversicherung (falls vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobilnummer \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

## Angaben zu Ärzten/innen:

\_\_\_\_\_  
Kinderarzt/ärztin (Name, Adresse, Telefon)

\_\_\_\_\_  
Kieferorthopäde/in (Name, Adresse, Telefon)

\_\_\_\_\_  
Logopäde/in (Name, Adresse, Telefon)

\_\_\_\_\_  
Weitere mitbehandelnde Ärzte/innen wie z. B. Homöopathie, Osteopathie etc. (Name, Adresse, Telefon)



Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen:

Alter des Kindes (Monate/Jahre): \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

**Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?**  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**  ja  nein

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

**Leidet es an Allergien (Jod), Asthma oder Heuschnupfen?**  ja  nein

**Hat Ihr Kind eine Allergie gegen Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)?**  ja  nein

**Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?**  ja  nein

**Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?**  ja  nein

**Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?**  ja  nein

**Hat Ihr Kind Diabetes oder Schilddrüsenerkrankungen?**  ja  nein

**Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?**  ja  nein

**Bestehen sonstige Erkrankungen?**  ja  nein

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

**Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?**  ja  nein

**Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?**  ja  nein

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



**1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?**

- gar nicht       manchmal       1x täglich       2 - 3x täglich

**2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?**

- gar keine       fluoridfreie       Milchzahnpasta       Juniorzahnpasta

**3. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?**

- Eltern       Kind       Eltern und Kind

**4. Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?**

- morgens       mittags       abends  
 vor den Mahlzeiten       nach den Mahlzeiten

**5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?**

- Handzahnbürste       elektrische Zahnbürste

**6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?**

- ja       nein

**7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?**

- ja       nein       weiß nicht

**8. Wird/wurde Ihr Kind gestillt?**

- ja       nein      Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

**9. Bei Kleinkindern: Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?**

- ja       nein      Wenn ja, woraus?       Tasse/Becher mit Trinkaufsatz  
 offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz

**10. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr bis 8 Uhr) etwas zu trinken?**

- ja       nein      Wenn ja, wie?       Brust       Flasche       Becher mit Trinkaufsatz  
 andere: \_\_\_\_\_



**11. Welches Getränk bekommt Ihr Kind am häufigsten?**

Wasser       ungesüßter Tee       anderes: \_\_\_\_\_

**12. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher?** Jahr/Monat: \_\_\_\_\_

**13. Bei Still- oder Flaschenkindern: Bekommt Ihr Kind schon Beikost?**

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

**14. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat/hatte es?**

Es schnullert/lutscht am Daumen:       nein       tags, bei Müdigkeit  
 immer zum Einschlafen       häufig zur Beruhigung

Schnullert es /lutscht es nachts am Daumen?       ja     nein

Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen?       ja     nein

**15. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?**

ja     nein    Wenn ja, wann und warum? \_\_\_\_\_

**16. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt?**

keine      Diese: \_\_\_\_\_

**17. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter / Sorgeberechtigter / Vormund)

**Mir ist bekannt, dass die Aufsichtspflicht im gesamten Praxisbereich bei mir liegt.**



# DATENSCHUTZ

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten für den Patienten/die Patientin:

---

Liebe/r Patient/in,  
Liebe Eltern,

Ihre Zufriedenheit in unserer Zusammenarbeit ist uns ein besonderes Anliegen. Wir möchten Ihnen daher verschiedene Services anbieten, die wir für Sie kostenlos zur Verfügung stellen.

Gemäß der neuen Datenschutz Verordnung seit dem 25.05.2018 brauchen wir hierfür eine gesonderte Einverständniserklärung, die uns erlaubt, die für die Dienstleistungen erforderlichen Daten (z.B. Ihre Email-Adresse) zu verarbeiten.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon 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 Zweck-erfüllung 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 und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist:**

Dr. Dieter-Alois Brothag

## 1. Recall

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist überaus wichtig, damit die Zähne Ihres Kindes über Jahre hinaus gesund bleiben. Mit unserem „Recall“ erinnern wir Sie gerne per E-Mail, Telefon, SMS, WhatsApp rechtzeitig daran, entsprechend unserem empfohlenen Intervall, wieder einen neuen Untersuchungstermin zu vereinbaren. Je nach individuellem Kariesrisiko sollten Sie mit Ihrem Kind zwei- bis viermal pro Jahr zum Kinderzahnarzt kommen.

## 2. Terminerinnerung per SMS oder E-Mail

Gerne vereinbaren wir mit Ihnen aber auch gleich einen, dem Intervall entsprechenden, neuen Termin um mögliche Termin-Engpässe zu vermeiden. Um Sie an diesen Termin erinnern zu können bieten wir die Möglichkeit der „SMS, E-Mail Terminerinnerung“ an. Dieser Service ist für Sie kostenlos und Sie erhalten einen Tag vor dem vereinbarten Termin eine entsprechende SMS auf Ihre angegebene Handynummer oder eine E-Mail an die angegebene Adresse. Für den Versand der SMS Terminerinnerung bzw. E-Mail Terminerinnerung ist die Firma IVORIS beauftragt es handelt sich hier um ein zuverlässiges, spezialisiertes und anerkanntes Unternehmen.



### 3. Abrechnung über externen Dienstleister

Um unsere Patienten besser betreuen zu können haben wir die Aufgabe der Rechnungsstellungen an ein externes Abrechnungsbüro übertragen. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen **ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG, Werfstr. 21, 40549 Düsseldorf**, 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, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.

### 4. Versand von Patientendaten

Sollten Sie eine Behandlung in einer anderen/weiteren Praxis wünschen, ist der Versand der patientenbezogenen Daten nur an Sie direkt möglich. Wünschen Sie aber die Zusendung an die jeweilige Praxis so ist dies nur mit Ihrem ausdrücklichen schriftlichen Einverständnis und unserer Entbindung zur zahnärztlichen Schweigepflicht gegenüber dieser Praxis bzw. dem Arzt möglich.

Alternativ können Sie die Patientendaten gerne auch bei uns abholen. Bitte informieren Sie uns darüber rechtzeitig.

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 die Praxis für Kinderzahnheilkunde Kids-first, Dr. Dieter-Alois Brothag, ZA Andreas Luger M. Sc., Dr. Monika Prinz-Kattinger und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

---

Ort, Datum, Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter / Sorgeberechtigter / Vormund)



# EINVERSTÄNDNIS-ERKLÄRUNG

## Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in) oder abweichender Rechnungsempfänger:

Bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

## Einwilligung zur Forderungsabtretung

Ich erkläre mich einverstanden,

- dass mein Zahnarzt die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz ZA AG) abtritt
- und dass die ZA AG diese Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (kurz apoBank) weiter abtritt.

## Entbindung von der Schweigepflicht

- Ich entbinde meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich mit der Weitergabe der erforderlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten und -verläufe, Gebührenziffern, bei gewünschten Stellungnahmen für Ihren Kostenträger auch Diagnosen) an die ZA AG einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der Abtretung der Forderung allein die ZA AG forderungsberechtigt ist und deshalb Einwände gegen die Forderung – auch soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – gegenüber der ZA AG zu erheben sind und im Streitfall der mich behandelnde Zahnarzt als Zeuge vernommen werden kann.
- Ich willige ein, dass die ZA AG Bonitätsauskünfte bei einer Kreditschutzorganisation einholt und dazu meinen Namen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Organisation übermittelt sowie ein internes Bonitätstool nutzt.

## Bestätigung

- Ich bestätige, dass ich die unten stehende Patienteninformation der ZA AG zur Kenntnis genommen habe.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen kann. Für die laufende Behandlung ist dies solange möglich, wie mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten noch nicht an die ZA AG weitergeleitet hat.
- Ich bestätige, auf die Möglichkeit hingewiesen worden zu sein, ein digitales Exemplar dieser Erklärung anfordern zu können und verzichte ausdrücklich auf diese Option.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter / Sorgeberechtigter / Vormund)

Hinweis: Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen machen die Einverständniserklärung unwirksam.



## PATIENTEN-INFORMATION

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr/e Zahnarzt/Zahnärztin (im Folgenden: Zahnarzt) arbeitet mit uns, der ZA Zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG (kurz ZA AG) zusammen.

Informationen zu uns erhalten Sie im Internet unter [www.die-za.de](http://www.die-za.de) oder direkt von uns:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG  
Werftstr. 21  
40549 Düsseldorf  
Telefon: 0211 56 93 - 0  
E-Mail: [info@zaag.de](mailto:info@zaag.de)

Unser Datenschutzbeauftragter:

ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG  
Prof. Dr. Ulf Vormbrock  
Werftstr. 21  
40549 Düsseldorf  
E-Mail: [datenschutz@zaag.de](mailto:datenschutz@zaag.de)

Damit wir für Ihren Zahnarzt tätig werden können, benötigen wir Ihr freiwilliges Einverständnis gemäß Art. 9 Abs. 2 Nr. 1 DSGVO. Wenn Sie keine Abrechnung über uns wünschen, teilen Sie Ihrem Zahnarzt dies bitte sogleich mit. In diesem Fall wird er sein Honorar selbst abrechnen.

Sie können Ihre Einverständniserklärung für zukünftige Behandlungen widerrufen. In diesem Fall rechnet Ihr Zahnarzt seine Leistungen ebenso direkt mit Ihnen ab. Bei der aktuellen Behandlung ist ein Widerruf Ihrer Einverständniserklärung solange möglich, wie Ihr Arzt uns Ihre Behandlungsdaten noch nicht übermittelt hat.

Ihr Zahnarzt erhebt personenbezogene Daten und speichert diese in seinem EDV-System. Hierbei handelt es sich um Daten, die für eine Kommunikation mit Ihnen notwendig sind (Name, Adresse, Telefon, E-Mail etc.). Des Weiteren speichert Ihr Zahnarzt Daten, die sich auf Ihre Person (Geschlecht, Alter etc.), auf die Behandlung und die durchgeführten ärztlichen Maßnahmen (Behandlungsdaten gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO) beziehen. Dies ist wichtig, da Ihr Zahnarzt nur so seine Tätigkeiten nach der gesetzlichen Gebührenordnung korrekt abrechnen kann. Als Abrechnungsstelle erhalten wir von Ihrem Zahnarzt Ihren Namen, Ihre Adresse und eine Darstellung der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen und Labordaten. Diagnosen werden nur übermittelt, wenn dies im Rahmen von Erstattungsbeanstandungen seitens Kostenträger erforderlich ist, z. B. um die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung zu erläutern.

Wir finanzieren unsere Leistungen durch eine Abtretung sämtlicher Forderungen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (apoBank).

Personenbezogene Daten werden hierbei jedoch nicht an die apoBank weitergeleitet.

Wir zahlen nach der Behandlung unmittelbar an Ihren Zahnarzt und möchten uns daher absichern. Aus diesem Grund holen wir vor der Behandlung Bonitätsauskünfte über Sie bei Kreditschutzorganisationen ein, wenn Sie uns hierfür Ihr Einverständnis gemäß Art. 9 Abs. 2 Nr. 1 DSGVO erteilen. In diesem Fall übermitteln wir Ihren Namen, Ihr Geburtsdatum und Ihre Anschrift an die Kreditschutzorganisation. Wenn Sie dies jedoch nicht möchten, sprechen Sie bitte Ihren Zahnarzt direkt an. Er wird dann seine Leistungen selbst abrechnen.

Ihre Daten werden für eine Zeit von bis zu 10 Jahren gespeichert, da diese Daten als Bestandteil unserer Buchhaltung aufbewahrungspflichtig sind. Sie können verlangen, dass wir Ihnen bezüglich Ihrer Daten umfassend Auskunft erteilen. Ferner sind Sie berechtigt, von uns zu verlangen, dass Ihre Daten berichtigt, gesperrt, gelöscht und/oder übertragen werden. Es gelten die Art. 15 f. DSGVO. Darüber hinaus arbeiten wir intern mit einem softwarebasierten Bonitätstool (ZA:riskmanager). Dieses ermittelt aufgrund von personenbezogenen Daten automatisiert eine Einschätzung, ob und inwieweit eine Forderung Ihnen gegenüber erfolgreich durchgesetzt werden kann. Auch hierfür bitten wir Sie um Ihr Einverständnis gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Sie haben das Recht, sich bei der zuständigen Datenschutzbeauftragten des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf zu beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Nordrhein-Westfalen  
Kavalleriestr. 2-4  
40213 Düsseldorf  
Telefon: 0211 38 424 - 0 • Fax: 0211 38 424 - 10  
E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

### Besondere Hinweise bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erhebt Ihr Zahnarzt sowohl die von ihm benötigten personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum) des Kindes/Jugendlichen als auch die personenbezogenen Daten der gesetzlichen Vertreter. Soweit diese Daten zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen erforderlich sind, leitet Ihr Zahnarzt diese an uns weiter. Wir speichern die übermittelten Daten zu Zwecken der Abrechnung; wir verwenden sie auch zur Ermittlung des Ausfallrisikos und leiten die Daten der gesetzlichen Vertreter vor der Behandlung an die Kreditschutzorganisationen weiter. Wenn Sie das nicht möchten, teilen Sie dies Ihrem Zahnarzt bitte sogleich mit. Er rechnet dann direkt mit Ihnen ab.

Mit besten Grüßen

**Ihre ZA Zahnärztliche  
Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG**