

Anamnesebogen

Patient

Vor- und Nachname des Kindes: _____ Alter: _____

Adresse: _____
Straße/Hausnummer PLZ/Wohnort

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w

Versicherungsnehmer/Rechnungsempfänger

Vor u. Nachname _____

Adresse: _____
Straße/Hausnummer PLZ/Wohnort

Geburtsdatum: _____

Telefon zu Hause _____

Arbeit _____

Mobil: _____

Erziehungsberechtigt: ☐ Beide ☐ Mutter ☐ Vater
☐ Sonstige: _____
☐ Leben zusammen ☐ Leben getrennt

Versicherungsstatus Ihres Kindes

- ☐ Gesetzlich versichert, mein Kind hat eine Zahnzusatzversicherung ☐ Ja ☐ Nein
☐ Privat versichert
☐ Beihilfeberechtigt

Kinderarzt

Name/Ort: _____

Allgemeinmedizinische Anamnese

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft/ bei der Geburt Ihres Kindes?

Geburtsgewicht :

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung oder gibt es andere Besonderheiten? (Allergien,Medikamentenunverträglichkeit etc.)
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche und weshalb?
Sind bei den Eltern Allergien bekannt?
Hat oder hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt?
Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen? Wenn ja, wann und warum?
Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?

Zahnmedizinische Anamnese

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuchs?
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ☐ Ja, Name des behandelnden ZA ☐ Nein
Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?
Haben Mutter oder Vater Angst vorm Zahnarzt?
Lutscht Ihr Kind an Daumen oder Schnuller oder hat dies früher getan? ☐ Ja ☐ Früher, bis zum ____ Lebensmonat ☐ Nein
Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne?
Wie putzt Ihr Kind seine Zähne? ☐ Alleine ☐ Mit Hilfe der Eltern ☐ Nur die Eltern
Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind? ☐ Babyzahnpasta mit Flourid (0-2 Jahre) ☐ Zahnpasta ohne Flourid ☐ Kinderzahnpasta mit Flourid (2-6 Jahre) ☐ Juniorzahnpasta mit Flourid (ab 6 Jahren) ☐ Erwachsenenzahnpasta mit Flourid
Werden/Wurden Flouridtablette verabreicht? ☐ Ja immer noch ☐ Ja, bis zum ____ Lebensmonat ☐ Nein
Verwenden Sie flouridiertes Speisesalz?
Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken? ☐ Ja, immer noch ☐ Ja, bis zum ____ Lebensmonat ☐ Nein Wenn ja, was war/ist in der Flasche?
Wurde Ihr Kind gestillt? ☐ Ja, immer noch ☐ Ja bis zum ____ Lebensmonat ☐ Nein
Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf? (Bitte zutreffendes unterstreichen bzw. ergänzen) Leitungswasser, Mineralwasser, ungesüßten Tee, aromatisiertes Wasser, gesüßten Tee, Fruchtsaft, Fruchtsaftschorle, Instanttee, Milch, Kakao, Limonade, Spezi, Coca Cola, Eistee
Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag?
Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?

Wie sind Sie auf uns gekommen: _____

Wünschen Sie eine Fluoridierung der Zähne Ihres Kindes zur Kariesprophylaxe durch uns?

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ich bitte um gesundheitliche Aufklärung zur Fluoridierung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben nach bestem Gewissen gemacht worden sind.

Wir weisen Sie darauf hin, dass für fest reservierte Termine bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage (48h vor Termin), eine Ausfallgebühr von 50€ je angefangene halbe Stunde, bei ITN 250€ geltend gemacht wird, falls dieser Termin nicht anders vergeben werden kann. Notfälle und besondere Gründe sind von dieser Regelung ausgenommen.

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigter

Interessen Ihres Kindes:

Datenschutz

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben freiwillig gemacht wurden. Mir ist bewusst, dass ich die Speicherung der Daten jederzeit widerrufen kann, sofern keine behandlungstechnischen oder rechtlichen Aspekte dagegen sprechen.

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigter

Ich bin damit einverstanden, dass in dieser Praxis erstellte Röntgenbilder und Befunde bei Bedarf zur Erleichterung einer fachübergreifenden Behandlung und im Sinne des Strahlenschutzes an mit- und weiterbehandelnde Ärzte weitergeleitet werden. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigter