

Anamnesebogen für Kinderpatienten

Um Ihrem Kind eine umfassende Beratung und eine sichere Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen vollständig auszufüllen. Gerne helfen wir Ihnen, wenn Sie sich bei einem der Punkte nicht sicher sein sollten.

Patient (Kinde/Jugendlicher):

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Geburtsort:
Adresse:
.....

Erziehungsberechtigter:

Name: Vorname:
Telefon privat: Telefon mobil:
Adresse: Telefon geschäftlich:
..... E-Mail:

Hauptversicherte/er: Identisch mit Erziehungsberechtigtem? Ja Nein

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Telefon privat:

Krankenkasse/Krankenversicherung:

Privat versichert Welche? Beihilfe Basistarif versichert
Gesetzlich versichert Welche? zust. Geschäftsstelle
 Zahnzusatzversicherung

Kinderarzt (für evtl. Arztbericht):

Zahnmedizinische Anamnese:

Wann und bei wem war der letzte Zahnarztbesuch?

.....

Besteht eine Zahnarztangst? Ja Nein
Wie verliefen eventuelle bisherige Zahnarztbehandlungen? Gut Schlecht
Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? Ja Nein
Wenn ja, welches?
Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? Ja Nein
Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich? Ja Nein
Hat Ihr Kind schon einmal eine Betäubungsspritze bekommen? Ja Nein
Wurde Ihr Kind schon einmal geröntgt? Wenn ja, wann? Ja Nein

Kieferorthopädische Anamnese:

Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch beraten? Ja Nein
Wenn ja, bei wem und wann?
War Ihr Kind schon einmal beim Logopäden? Ja Nein
Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein
Leidet Ihr Kind an Knacken im Kiefergelenk? Ja Nein
Welche Lutschgewohnheiten hat / hatte Ihr Kind?
 Daumen, Finger Schnuller Trinkfläschchen Sonstiges (z.B. Beißring)

Allgemeine Anamnese:

Hat oder hatte Ihr Kind:

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris (Brustenge) | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes | <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C | <input type="checkbox"/> Nieren-erkrankung | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Lungen-erkrankung | <input type="checkbox"/> HIV+ (AIDS) | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |

Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Steht Ihr Kinde derzeit in ärztlicher Behandlung? Weshalb?

Ja Nein

Leidet Ihr Kind unter Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit oder Schnarchen?

Ja Nein

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Wurde Ihr Kind schon einmal geröntgt? Wenn ja, wann?

Ja Nein

Atmet Ihr Kind durch den Mund?

Ja Nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Ernährungs- und Putzgewohnheiten

Ist Ihr Kind gestillt worden? Wenn ja, wie lange? Ja Nein

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? Wenn ja, wie lange? Ja Nein

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridpräparate? Wenn ja, welche? Ja Nein

- Fluoridtabletten Fluoridiertes Salz Fluoridierte Zahnpasta

Was ist das Hauptgetränk Ihres Kindes?

Wie oft am Tag isst Ihr Kind süßes?

Wann putzt Ihr Kind die Zähne? Morgens Mittags Abends

Überwiegend süß Überwiegend deftig Ausgewogen Fast Food

Obst Isst unkontrolliert Isst wenig Isst viel

Fruchtsäfte / Schorle Limonaden Tee ungesüßt Tee gesüßt

Mineralwasser

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung Internet / Homepage Internet / Facebook Bewertungsportal

Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja Nein

Wie dürfen wir Sie an den nächsten E-Mail Post
Vorsorgetermin erinnern?

Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich verpflichte mich zudem, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können mir daraus entstehende Kosten (behandlungsfreie Leerlaufzeiten der Praxis) in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

