

Kinder- Anamnesebogen

Liebe Eltern, liebe Kinder!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis für biologische ZahnMedizin!

Wir möchten Sie bitten, folgenden Fragebogen für Ihr Kind leserlich auszufüllen, da Allgemeinerkrankungen auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Angaben zum Kind

Name/Vorname _____ Geburtstag _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Krankenkasse/Versicherung _____ Zusatzversicherung: ja nein

Falls Ihr Kind **privat** versichert ist:

beihilfeberechtigt: ja nein

Hat ihr Kind **reduzierte** Versicherungsleistungen (sog. „BASISTARIF“) ja nein

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name/Vorname _____ Geburtstag _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____

Wer ist der behandelnde Kinderarzt?

Name _____ Ort _____

Tel.-Nr. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 48 Stunden vorher ab.

In eigener Sache...

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige
 Überweisung Internet / Suchmaschine Sonstiges

Möchten Sie von uns kostenfrei per Postkarte/E-Mail an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

- ja, per Postkarte nein
 E-Mail

bitte wenden



Was ist der Grund Ihres heutigen Besuches?

Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei Dr. _____

Ist Ihr Kind z. Zt. in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei Dr. _____

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Daumen, Finger Schnuller, Trinkflaschen o. ä.

Sonstiges: _____

Putzt ihr Kind allein die Zähne? ja nein

Hatte oder hat Ihr Kind folgende Erkrankungen...?

Herzerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Asthma/Atemnot	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Leber	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Nieren	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schilddrüse	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Magen-Darm-Trakt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Grauer/grüner Star	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Genetische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gelbsucht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bluterinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hepatitis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Allergien	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	-wenn ja, welcher Typ?	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
-wenn ja, welche?			

Sonstige Infektionen/Erkrankungen/Allergien? (Allergiepass, falls vorhanden, bitte vorlegen)

Medikamente – Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Interessieren Sie sich für folgende Leistungen?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne | <input type="radio"/> Ernährungsberatung |
| <input type="radio"/> Speicheltest zur Bestimmung des Kariesrisikos | <input type="radio"/> Hochwertige Füllungen |

Folgende einfache Tipps erleichtern Ihrem Kind den Besuch beim Zahnarzt:

- Erscheinen Sie möglichst 10 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich zu akklimatisieren
- Versuchen Sie, im Behandlungszimmer weitestgehend dem Behandler die „Führung“ zu überlassen, denn dadurch kann eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes ermöglicht werden
- Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“, „du brauchst keine Angst zu haben“ etc.

Wichtiger Hinweis:

Sollte ihr Kind, z. B. aufgrund von Krankheit, einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, lassen Sie uns das bitte so bald wie möglich wissen, spätestens jedoch 48 Stunden vor dem Termin. So können Ausfallzeiten verhindert und andere Patienten zeitnah behandelt werden.

Hiermit bestätige ich, dass meine Daten zu medizinischen/zahnmedizinischen Zwecken an berechnigte Dritte (Labor, mitbehandelnde Ärzte, nachbehandelnder Zahnarzt) weitergegeben werden dürfen, sofern dies für meine weitere Behandlung notwendig ist. Des Weiteren versichere ich, wahrheitsgemäße Angaben gemacht und alle Punkte dieses Fragebogens verstanden zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter