



Anamnesebogen für Kinder

Patient _____
Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Versicherter _____
Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift _____
PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____

Telefon _____
Privat _____ Mobil _____

o gesetzlich pflichtversichert: _____ o Zusatzversicherung o privat versichert: _____

Kinderarzt: _____
Name _____ Ort _____ Telefon _____

Bitte bei Erstbesuch die folgenden 6 Fragen ausfüllen, Danke.

1. Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____
2. Besteht eine Zahnarztangst? _____
3. Wie verliefen eventuelle bisherige Behandlungen? _____
4. Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? _____
5. Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich? _____
6. Hatte Ihr Kind schon einmal eine Betäubungsspritze bekommen? _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| • Asthma | <input type="radio"/> | • Tuberkulose | <input type="radio"/> |
| • Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> | • Lebererkrankungen/Gelbsucht | <input type="radio"/> |
| • Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="radio"/> | • Rheuma/rheumatisches Fieber | <input type="radio"/> |
| • Hörstörungen | <input type="radio"/> | • Nervenerkrankungen | <input type="radio"/> |
| • Spastik | <input type="radio"/> | • Magen-Darm-Erkrankung | <input type="radio"/> |
| • Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | • Immunschwäche (AIDS) | <input type="radio"/> |
| • Nierenerkrankung | <input type="radio"/> | • Geistige Verzögerung | <input type="radio"/> |
| • Lungenerkrankungen | <input type="radio"/> | • Geistige Behinderung | <input type="radio"/> |
| • Erkrankungen des Blutes | <input type="radio"/> | • Lernbehinderung | <input type="radio"/> |
| • ADHS | <input type="radio"/> | | |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?

- Angeborene oder erworbene Herzfehler? _____
- Herzoperationen? _____
- Sonstiges: _____

- Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?
- Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein Wenn ja, gegen was _____
- Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Atmet Ihr Kind durch den Mund? Ja Nein

Anamnese der Eltern

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein
- Wenn ja, welche?
- Mutter: _____ Vater: _____

Mundhygiene-Anamnese

- Wer putzt die Zähne Kind selbst Kind mit Eltern-Hilfe Nur Eltern
- Wann werden die Zähne geputzt?
 - Vor dem Frühstück Ja Nein
 - Nach dem Frühstück Ja Nein
 - Nach dem Mittagessen Ja Nein
 - Sofort nach dem Abendessen Ja Nein
 - Kurz vor dem zu Bett gehen Ja Nein
- Womit werden die Zähne gereinigt?
 - Zahnbürste Handzahnbürste elektr. Zahnbürste
 - Zahnseide Ja Nein
 - Munddusche Ja Nein
- Welche Zahnpasta benutzt Ihr Kind?
 - Name der Zahnpasta: _____
 - Enthält die Pasta Fluorid Ja Nein
- Erhält Ihr Kind Fluorid und wenn ja, in welcher Form?
 - Fluorid-Tabletten (Fluoretten) Ja Nein
 - Fluorid-Gel (z.B. Elmex gelée) Ja Nein
 - Fluoridiertes Speisesalz Ja Nein
 - Fluoridierung beim Zahnarzt Ja Nein

BITTE BEACHTEN SIE:

Durch die Behandlung kann es in seltenen Fällen zu allergischen Reaktionen, Gefühlsstörungen (Unterlippe/Kinn/Zunge), Nachblutungen, Infektionen, Wundheilungsstörungen, ö. ä. kommen.

Durch Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden!

- Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.
- Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Wir weisen darauf hin, dass bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage (24h vorher), ein Ausfallhonorar in Höhe von 120,-€ / h geltend gemacht wird. Falls dieser Termin nicht anderweitig vergeben werden kann (nach § 615 BGB). Im Falle des nicht selbstverschuldeten Nichterscheinens entfällt das Ausfallhonorar bei entsprechendem Nachweis.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich weiterbehandelnde Zahnärzte, Kieferchirurgen, Kieferorthopäden übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielweise auch Labore, die zur Erstellung von Befunden (Gewebeproben) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben: