

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Nachfolgende Fragen und Angaben dienen der Sicherheit und Gesundheit Ihres Kindes. Wir bitten Sie den Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung entsprechend dem allgemeinen Gesundheitszustands Ihres Kindes optimal durchführen zu können. Bitte ignorieren Sie die Fragen, die nicht dem Alter Ihres Kindes entsprechen. Herzlichen Dank!



Patient

Herr / Frau / Kind Name _____ Vorname _____ geb. _____ in _____

Anschrift Straße _____ Nr. _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Telefon gesch. _____

Mitglied/Zahlungspflichtiger, falls abweichend

Name _____ Vorname _____ geb. _____ in _____

Straße _____ Nr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Name der Krankenkasse _____

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Private Zusatzversicherung/Versicherungsgesellschaft
- _____
- Privater Basistarif

Erziehungsberechtigte: _____

Besteht ein geteiltes Sorgerecht? ja nein Wenn ja:

2. Sorgeberechtigter:

Name _____ Vorname _____ geb. _____ in _____

Straße _____ Nr. _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Telefon gesch. _____

Kinderarzt: _____

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Grund für den heutigen Zahnarztbesuch?: _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? ja nein

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich? ja nein

ALLGEMEINE ANAMNESE

Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>
		Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens (z.B. Operationen, Herzfehler)?

Bluterkrankungen:

Hämophilie (Bluter)	<input type="checkbox"/>	Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/>
		Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Erkrankungen des Nervensystems:

Anfalls leiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	Krämpfe	<input type="checkbox"/>
Spastik	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheiten:

Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A oder B	<input type="checkbox"/>
Chronische Atemwegserkrankungen/Husten	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
		HIV/Aids	<input type="checkbox"/>

Allergien/Medikamentenunverträglichkeit:

Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Latex	<input type="checkbox"/>
Natriumcarbonat	<input type="checkbox"/>	Penicillin	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Glycine	<input type="checkbox"/>

Sonstige Allergien oder Unverträglichkeiten?

Hat Ihr Kind einen Allergiepass? ja nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen/Syndrome:

Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	ADHS	<input type="checkbox"/>
Lernbehinderung	<input type="checkbox"/>	Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>
Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	Geistige Verzögerung	<input type="checkbox"/>
		Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Gibt es sonst besondere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?

Anamnese der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien oder vererbte Krankheiten bekannt ja nein

wenn ja, welche? _____

Liebe Eltern,

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Die vereinbarten Termine werden speziell für Ihr Kind freigehalten. Wir bitten Sie deshalb im Verhinderungsfall so schnell wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Verzögerungen kommen.

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? ja nein

Wenn ja, wie oft? Selten 1x pro Tag Mehrmals täglich

Bitte erläutern Sie uns die Essgewohnheiten Ihres Kindes!
(z.B.: Süßigkeiten, Cornflakes, Kuchen, Obst, Tee mit / ohne Zucker, Limonade, Cola, Fruchtsäfte)

Was isst und trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

Bitte kurze

Stichpunkte: _____

Was isst und trinkt Ihr Kind in der Schulpause bzw im Kindergarten?

Bitte kurze

Stichpunkte: _____

Was isst und trinkt Ihr Kind zum Mittag-/Abendessen?

Bitte kurze

Stichpunkte: _____

Was isst und trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

Bitte kurze

Stichpunkte: _____

Für Kinder bis zum 3. Lebensjahr:

Wird Ihr Kind noch gestillt? ja nein

Bekommt Ihr Kind noch die Flasche? ja nein

Wenn ja, überlassen Sie die Flasche zum Dauernuckeln? tagsüber nachts

Lutscht Ihr Kind am: Daumen Schnuller

MUNDHYGIENEGEWOHNHEITEN

Wer putzt die Zähne?

Kind selbst Kind mit Elternhilfe Nur Eltern

Wie oft werden die Zähne geputzt?

Gar nicht

1-mal täglich

2-mal täglich

3-mal täglich

Mehr als 3-mal tägl.

sonstige Intervalle _____

Wann werden die Zähne geputzt?

Vor dem Frühstück ja nein

Nach dem Mittagessen ja nein

Kurz vor dem zu Bett gehen ja nein

Nach dem Frühstück ja nein

Sofort nach dem Abendessen ja nein

Womit werden die Zähne geputzt?

Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste

Erhält Ihr Kind Fluorid und wenn ja, in welcher Form?

Fluoridhaltige Zahnpasta ja nein

Fluorid-Tabletten ja nein

Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gel) ja nein

Fluoridiertes Speisesalz ja nein