

# Kinder-Anamnesebogen



DENTALPRAXIS  
OSTSTADT



Liebe Eltern,

wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert. Deshalb bitten wir Sie, diesen speziellen Kinder-Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, helfen uns, Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam der Dentalpraxis Oststadt

## Persönliches

Name, Vorname des Kindes: .....Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Mobil: .....E-Mail: .....

Familienversichert bei (versicherter Elternteil)  Vater  Mutter

Name, Vorname: .....Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Mobil: ..... E-Mail: .....

Arbeitgeber, Ort: ..... Beruf: .....

Hausarzt/Hausärztin: .....

Krankenkasse/ private Versicherung: .....

gesetzlich versichert  privat versichert  Basistarif

Zusatzversicherung  beihilfeberechtigt

Sollten Sie als Erziehungsberechtigte/ -er zum Termin verhindert sein, welchen Begleitpersonen dürfen wir Auskunft über die Gesundheitsdaten Ihres Kindes und die Behandlung an sich geben?

Name, Vorname: ..... Verwandtschaftsverhältnis: .....

Name, Vorname: ..... Verwandtschaftsverhältnis: .....

## Wer ist Ihr Kinderarzt?

Name, Vorname: .....Ort: .....

Telefon: .....

## Was ist der Grund Ihres Besuches?

.....

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung  Internet  Telefonbuch  Gelbe Seiten  Sonstiges: .....

### Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes  ja  nein

Anmerkungen

.....

.....

Allergien  ja  nein

Wenn ja, welche?

.....

Hat Ihr Kind einen Allergiepass?  ja  nein

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Daumen, Finger  Schnuller

Trinkfläschchen  Sonstiges (z.B. Beißring)

Oder: .....

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

ja  nein

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja  nein

Wenn ja, bei wem?

.....

Wenn ja, warum?

.....

### Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?

Gelbsucht?  ja  nein

Herzfehler/ -krankheit  ja  nein

Lunge/ Asthma  ja  nein

Diabetes  ja  nein

Nierenerkrankungen  ja  nein

Krampfanfälle  ja  nein

Blutgerinnungsstörung  ja  nein

Sonstige Erkrankungen

.....

Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

.....

.....

.....

### Zahnpflege

Putzt Ihr Kind seine Zähne alleine?  ja  nein

Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

Wie oft täglich? .....

### Regelmäßige Medikamenteneinnahmen

Wenn ja, welche?

.....

.....

### Ernährung/ Essgewohnheiten

überwiegend süß  überwiegend deftig  gemischt

Obst  Fast Food

isst unkontrolliert

Fruchtsäfte  Limonaden

Mineralwasser  Tee ungesüßt  Tee gesüßt

### Hat Ihr Kind Beschwerden?

Wenn ja, welche?

.....

.....

### Zum Schluss

Erster Besuch beim Zahnarzt?  ja  nein

Hat Ihr Kind Angst?  ja  nein

Dürfen wir die Zähne Ihres Kindes fluoridieren?

ja  nein

Bitte teilen Sie uns Änderungen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes (z.B. Allergien) mit, damit wir diese berücksichtigen können.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 h vorher abzusagen. Bei einem Versäumnis können mir bis zu 50 EUR berechnet werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und die vorliegenden Informationen gelesen und verstanden habe.

.....

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unser Service-Angebot für Sie:

## Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen (Kontrollen und Prophylaxe) für Ihre Zahngesundheit

Künftig besteht für Sie die Möglichkeit, sich an die Kontroll- und Zahnreinigungstermine (Prophylaxe) bei uns per E-Mail oder per Post erinnern zu lassen.

Falls Sie diesen kostenlosen Service für Ihr Kind nutzen möchten und bereit sind, an unserem sog. Recall-System teilzunehmen, können Sie es uns hier mitteilen:

Ich möchte für meinen Sohn/meine Tochter (Vorname, Name) \_\_\_\_\_

den kostenlosen Service nutzen und

an Kontrolluntersuchungen  und/oder an die Professionelle Zahnreinigung

per E-Mail: Meine E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

oder per Post (Anschrift s. Anamnesebogen Seite 1)

erinnert werden.

Hiermit erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung unserer personenbezogenen Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

Bei Minderjährigen muss der Erziehungsberechtigte unterzeichnen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name in Druckschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter