

Anamnesebogen für unsere Kinder



Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Praxis und herzlichen Dank, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken!
Die Gesundheit Ihres Kindes ist uns eine Herzensangelegenheit und darum ist es wichtig, dass Sie uns alle Fragen zur Anamnese Ihres Kindes richtig beantworten. Bitte füllen Sie deshalb den Fragebogen sorgfältig aus.
Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Genauso sorgsam wie wir mit Ihren Daten umgehen, gehen wir auch mit den Zähnen Ihres Kindes um!

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Angaben zum Kind:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Schule/ Kindergarten: _____

Lieblingstier: _____ Hobbys: _____

Kosenamen: _____

Krankenkasse: _____ Beihilfe: _____

Hausarzt/ Kinderarzt: _____

Angaben zum Vater:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Beruf: _____

Tel.: _____

Mailadresse: _____

Angaben zur Mutter:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Beruf: _____

Tel.: _____

Mailadresse: _____

Bitte weiter auf der nächsten Seite >>

Wer ist erziehungsberechtigt? Mutter Vater beide abweichende Person

Mit wem ist das Kind heute hier? _____

Mit welchem Anliegen kommen Sie heute zu uns? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Was erwarten Sie von uns? _____

Hat Ihr Kind momentan Zahnschmerzen? Ja Nein Vielleicht

Haben Sie bei Ihrem Kind Karies festgestellt? Ja Nein Vielleicht

Ist das der erste Zahnarztbesuch Ihres Kindes? Ja Nein Vielleicht

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch? Ja Nein Vielleicht

Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch? Ja Nein Vielleicht

Wie häufig putzt sich Ihr Kind die Zähne? 1x 2x 3x öfter

Wie häufig helfen Sie Ihrem Kind dabei? _____

Hat/ Hatte Ihr Kind eine kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Andere? _____

Welche Leistungen sind für Sie interessant, worüber möchten Sie informiert werden?

- Professionelle Zahnreinigung für Ihr Kind
- Fissurenversiegelung
- Kariesfrühdagnostik/ Röntgendiagnostik
- Weiße Füllungen/ Kunststofffüllungen für Ihr Kind?
- Füllungen an bleibenden Zähnen - Amalgam - (als kostenlose Kassenfüllung) oder die weiße Kunststofffüllung?
- Behandlung unter Lachgas – für eine angstfreie Behandlung bei Ihren Kindern.

Haben Sie für Ihr Kind eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte weiter auf der nächsten Seite >>

Röntgendiagnostik Um bei Ihrem Kind eine Röntgendiagnostik durchzuführen, benötigen wir die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten. Für die Reduktion der Strahlenbelastung Ihres Kindes, ist unsere Praxis nach den neuesten Standards ausgerichtet und verfügt zusätzlich über digitales Röntgen. Somit verringert sich die Strahlenbelastung um 90% gegenüber dem konventionellen Röntgen.

Zur allgemeinen Information zum Thema Strahlung: Eine Stewardess setzt sich bei Vollzeitarbeit pro Jahr im Flugzeug der Dosis von ca. 450 Röntgenbilder aus!

Wir röntgen nur, wenn dies aus diagnostischen Gründen absolut notwendig ist, dies gilt übrigens nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern auch für unsere großen Patienten - dies ist für uns selbstverständlich.

Hiermit willige ich zur Röntgen-Diagnostik ein: Ja Nein

Wenn bei Ihrem Kind Karies entfernt oder ein Milchzahn gezogen werden muss, benötigen wir in aller Regel eine lokale Betäubung. Dafür benötigen wir ebenfalls die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten.

Hiermit willige ich, wenn medizinisch notwendig, zur lokalen Betäubung ein: Ja Nein

Normale Entwicklung des Kindes: Ja Nein

Anmerkung: _____

Allergien

Besitzen Sie einen Allergiepass für Ihr Kind? Ja Nein

Wenn ja, welche Allergien liegen vor? _____

Hat/ Hatte Ihr Kind nachfolgende Erkrankungen?

- Gelbsucht
- Lungenerkrankung/ Asthma
- Nierenerkrankung
- ADHS/ ADS
- Blutgerinnungsstörung
- Einschränkung der Sehkraft
- Herzerkrankung/-fehler
- Diabetes
- Krampfanfälle/ Epilepsie
- Angstzustände
- Ohrerkrankungen/ Gehör

Sonstiges: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Ist Ihr Kind z. Z. in anderer ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weswegen? _____

Ernährung/ Essgewohnheiten:

überwiegend: süß Obst gemischt Fast Food

isst: wenig viel normal

Trinkgewohnheiten: Fruchtsäfte Limonaden Mineralwasser

Tee: gesüßt ungesüßt

Trinkt Ihr Kind aus einer Nuckel-, Schnabel- oder Sportflasche? Ja Nein

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten? Ja Nein

Wenn ja, was? _____

Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßige Vorsorgeuntersuchung per Post erinnern? Ja Nein

Hiermit bestätige ich, die vorangegangenen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass reservierte, nicht rechtzeitig abgesagte und versäumte Termine (mindestens 48 Stunden vor Behandlungsbeginn) in Rechnung gestellt werden.

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder das er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!

Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigter: