



ZAHNARZTPRAXIS
Dr. Kühn & Kollegen

Anamnesebogen für unsere Patienten

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis und herzlichen Dank, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken! Die Gesundheit Ihres Kindes ist uns eine Herzensangelegenheit. Umso wichtiger ist es, dass Sie uns alle Fragen zur Anamnese Ihres Kindes sorgfältig beantworten. Nur so ist eine, auf die Gesundheit Ihres Kindes, abgestimmte Beratung und Behandlung möglich. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Personalien Kind

Name _____ Vorname _____
Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____
Geb.-datum, -ort _____ Krankenkasse _____
 pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Personalien Eltern

MUTTER: Name _____ Vorname _____ Geb.-datum/-ort _____
VATER: Name _____ Vorname _____ Geb.-datum/-ort _____
ANDERE*: Name _____ Vorname _____ Geb.-datum/-ort _____
Tel. privat _____ Tel. mobil _____ E-Mail _____
Das Kind ist versichert bei Mutter Vater Andere*

* erziehungsberechtigte Person / Vormund

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Google/Jameda Werbung/Anzeige Freunde/Familie
 Homepage Social Media (Facebook/Instagram) Sonstiges _____

- Mit welchen Anliegen kommen Sie heute zu uns? Erstkontrolle Schmerzen
 Sonstiges: _____
- Name des Kinderarztes: _____
- War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt? Ja Nein
- Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch? Ja Nein
- Haben Sie bei Ihrem Kind Karies festgestellt? Ja Nein
- Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch? Wenn ja, wie lange und woran (z.B. Daumen, Schnuller)

- Was trinkt Ihr Kind im Alltag? _____
- Wie häufig isst Ihr Kind am Tag zuckerhaltige Nahrungsmittel? 1x 2x 3x Mehr als 3x

Bitte weiter auf der nächsten Seite >>

Anamnesebogen für unsere Patienten

10. Wie häufig putzt Ihr Kind am Tag die Zähne? 1x 2x 3x mehr als 3x
11. Wie häufig helfen Sie Ihrem Kind dabei? _____
12. Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? _____
13. Befindet sich Ihr Kind in logopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? _____
14. Befindet sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum? _____
15. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____
16. Verträgt Ihr Kind bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche? _____
17. Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche? _____
18. Hat Ihr Kind schon einmal eine Zahn- oder Gesichtsverletzung gehabt? Wenn ja, wo genau und wobei? _____

Vorerkrankungen

- | Ja | Nein | | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen (Infarkt, Endokarditis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung (Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervenleiden (z. B. Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen (z. B. dialysepflichtig) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutkrankheit (z. B. Blutarmut) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muskelerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen (z. B. Asthma) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheuma, rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infektionskrankheiten (z. B. HIV, TBC) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebs (Tumorerkrankungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nasennebenhöhlenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Augenleiden (z. B. grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gemütskrankungen (z. B. Depression) | | | |

Wichtige Information

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass in der Regel nur geringe Wartezeiten entstehen und die reservierte Zeit vollauf für Sie zur Verfügung steht. Wenn Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen **spätestens 48 Stunden im Voraus abzusagen**.

Ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen die ungenutzte Zeit in Rechnung zu stellen.

EINWILLIGUNG zur RÖNTGEN-DIAGNOSTIK & ÖRTLICHEN BETÄUBUNG

Um bei Ihrem Kind eine Röntgendiagnostik durchführen zu können, 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. Willigen Sie zur Röntgen-Diagnostik ein? Ja Nein

Wenn bei Ihrem Kind Karies entfernt oder ein Milchzahn gezogen werden muss, arbeiten wir in der Regel mit einer örtlichen Betäubung. Dafür benötigen wir ebenfalls die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten. Willigen Sie zu einer lokalen Betäubung ein, wenn diese medizinisch notwendig sein sollte? Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r