



Anamnesebogen für Kinderpatienten

Name:..... geb.:.....

Anschrift: Str.:..... Tel.:.....

Wohnort:..... Geburtsort:.....

E-Mail:.....

Versichert durch(Elternteil):..... bei.....

Erziehungsberechtigte:..... geb.:.....

und..... geb.:.....

Überweisung von:.....

Grund des heutigen Zahnarztbesuches?.....

Bisheriger Zahnarzt?.....

Kinderarzt:.....

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?.....

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?.....

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich?.....

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

	ja	nein		ja	nein
Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistige Verzögerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen Darm Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Blutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden(z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?

Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja , worauf?

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? Wenn ja , welche?

Verlief die Schwangerschaft / Geburt normal? Wenn nein, warum?

Bitte wenden!

Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange?

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?

Wie lange?

Immer noch?

Morgens?

Abends?

Was war/ist in der Flasche?

Ist Ihr Kind ein guter Esser?

Hat Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten gehabt? Wenn ja , mit welchem Alter?

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?

Hatte es schwere Unfälle?

War es schon einmal im Krankenhaus?

Atmet Ihr Kind durch den Mund?

Anamnese der Eltern:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

Neigen Sie zu Karies, Zahnstein oder Zahnfleischbluten?

Haben Sie selber Angst vorm Zahnarzt?

Soll Ihr Kind zur nächsten Kontrolluntersuchung erinnert werden?

Sind Sie bei Bedarf mit einer lokalen Betäubung einverstanden?

Durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt?

Hat Ihr Kind in den letzten 2 Jahren Schmerzen erfahren (z.B. auch beim Kinderarzt o.ä.)?

Welche Vorlieben hat Ihr Kind (Spielzeug,Tiere)?

Gibt es spezielle Umstände im Leben Ihres Kindes, über die wir Bescheid wissen sollten?

Sind Sie mit einer Videoaufzeichnung der Behandlung zu Supervisionszwecken einverstanden?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Ich bin davon unterrichtet worden, dass Injektionen in seltenen Fällen zu Herz-Kreislaufproblemen führen können. Ich stimme der Rechnungsbearbeitung durch die ärztlich geleitete PVS zu und bin damit einverstanden, dass die Unterlagen bei einer Praxisübernahme weiterverwendet werden.

Ich bin damit einverstanden, Informationen per E-Mail zu erhalten.

Hinweis für beihilfeberechtigte Patienten: Wir rechnen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte ab. Diese entspricht in wenigen Ausnahmefällen nicht der Beihilfefähigkeit.

Datum: _____

Unterschrift: _____