

Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

Diese Anamnese dient der Gesundheit und Sicherheit ihres Kindes.
Bitte füllen Sie diesen Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus. Vielen dank!

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Geburtsort _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Kinderarzt / Hausarzt _____

Ich bin: gesetzlich versichert freiwillig versichert **Krankenkasse:** _____
 privat versichert Beihilfe Standardtarif / Basistarif **Krankenkasse:** _____

versichert über: **Vorname des Mitglieds** _____ **Name :** _____ geb. am: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen abgeschlossen? Ja Nein

Sorgeberechtigter

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Tel.: _____ Tel. Mobil: _____ E-Mail: _____

Anamnese des Kindes (Krankengeschichte)

Besteht bei Ihrem Kind eine Überempfindlichkeit, Allergie gegen Materialien oder Medikamente? _____

Welche Krankheiten hatte ihr Kind? _____

Ist der Impfschutz vollständig? _____

Hat Ihr Kind eine Erkrankung am Herzen? Ja Nein _____

Angeborener oder erworbener Herzfehler, Herzoperationen, Sonstiges Ja Nein

Trifft eine der folgende Erkrankungen auf Ihr Kind zu ?

- | | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bluterkrankung | <input type="radio"/> Ansteckende Krankheiten (HIV, Hepatitis, TBC) |
| <input type="radio"/> Gerinnungstörung | <input type="radio"/> Hörschwäche |
| <input type="radio"/> Zuckererkrankung | <input type="radio"/> Sehschwäche |
| <input type="radio"/> Atemwegserkrankung | <input type="radio"/> ADS |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="radio"/> Unfälle |
| <input type="radio"/> Krampfleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> Hauterkrankungen |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankung | |

Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig Medikamenten?

Wenn ja, Welche? _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund, nuckelt es oder hat es Angewohnheiten wie knirschen, Bleistift kauen etc.?

Ernährung

Wird oder wurde ihr Kind gestillt? Ja Nein

Wenn ja, wie lange? _____

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? _____

Trinkt es noch aus der Flasche? Ja Nein

Wenn ja, was? _____

Wann trinkt und isst Ihr Kind zwischen den Hauptmahlzeiten? _____

Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt?

vom Kind selber von den Eltern mit Hilfe der Eltern

Benutzen Sie?

Kinderzahnpaste mit Fluorid Erwachsenenzahnpaste mit Fluorid Fluoridgelee

Mundspüllösungen mit Fluorid Fluoridtabletten Kochsalz mit Fluorid

Wann werden die Zähne geputzt?

Vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen

direkt nach dem Abendbrot vor dem Schlafen gehen

Womit werden die Zähne geputzt?

Handzahnbürste elektrische Zahnbürste Zahnseide andere Hilfsmittel

Allgemeine Fragen

Benutzt Ihr Kind einen Schnuller? _____

Was mag Ihr Kind gerne? (Hobbies, Kuscheltier etc.) _____

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?

Ja

Nein

Per E Mail

Per Post

Ich wünsche eine Terminerinnerung per SMS an die Handynummer: _____

Für neue Patienten:

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Ja Nein

Wenn ja, von wem? _____

Liebe Eltern!

Uns liegt der vertrauensvolle Umgang mit Ihrem Kind am Herzen. Wir legen besonderen Wert auf sorgfältige und hochwertige Zahnmedizin, damit Ihr Kind bis zum letzten Milchzahn ein gesundes und strahlendes Lächeln vorweisen kann.

Sehr wichtig dabei ist, dass Sie uns unterstützen. Nur durch gute Zusammenarbeit ist eine erfolgreiche Behandlung möglich:

Als Eltern sollten sie sich selbst nur positiv über eigene Zahnarzt Erfahrungen äußern. Fehlen Ihnen diese positive Erfahrungen, sollten Sie lieber nichts sagen.

Setzen Sie sich bitte als Beobachter ins Behandlungszimmer. Überlassen Sie dem Praxisteam die Führung des Kindes. Im Behandlungszimmer wird der Zahnarzt / Zahnärztin direkt nur mit Ihrem Kind reden. Die Aufmerksamkeit gilt uneingeschränkt dem Patienten. Haben Sie Verständnis dafür, dass dort wenig auf Sie selber eingegangen werden kann. Lassen Sie ihr Kind antworten.

Loben Sie ihr Kind für die tolle Leistung. Lob stärkt das Selbstvertrauen und macht mutiger.

Wenn Sie diese Ratschläge beherzigen, werden Sie sehen, wie gerne und selbstverständlich ihr Kind zukünftig zum Zahnarzt geht.

Hinweis:

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Sollten Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, bitte ich um rechtzeitige Absage (spätestens 24 Stunden vorher). Für einen versäumten Termin kann Ihnen gemäß § 615 BGB die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis:

Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie darauf hinweisen, dass bei einer Betäubung im Unterkiefer, einer so genannten Leitungsanästhesie, es in seltenen Fällen zu einer zeitweisen oder vollständigen Sensibilitätsstörung des Zungennerven kommen kann. Sollten Sie diese Form der Anästhesie nicht wünschen, teilen Sie uns das bitte vor der Behandlung mit.

Für Privatversicherte:

Mir ist bekannt, dass ich als privatversicherter Patient im Standardtarif nur Anspruch auf notwendige zahnmedizinische Leistungen habe, die mit den Leistungen des SGB V (so genannte Kassenleistungen) vergleichbar sind und einer Faktorbegrenzung unterliegen.

Sollten Sie zahnmedizinische Leistungen aus dem GOZ /HOZ Katalog wünschen, teilen Sie dies bitte vor der Behandlung mit! Diese Leistungen unterliegen dann nicht mehr der Faktorbegrenzung und werden von der Versicherung in der Regel so nicht erstattet.

Umgang mit personenbezogenen Daten:

Personenbezogene Daten sind Informationen, mit deren Hilfe eine Person bestimmbar ist, also Angaben, die zurück zu einer Person verfolgt werden können. Dazu gehören der Name, die E-Mail-Adresse oder die Telefonnummer.

Personenbezogene Daten werden von uns nur dann erhoben, genutzt und weiter gegeben an andere Praxen oder Krankenkassen, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und die Patienten mit Ihrer Unterschrift auf diesem Formular in die Datenerhebung einwilligen.