

ANAMNESEBOGEN | KINDER



ZAHNARZTPRAXIS
SIMONE MONISSEN

Liebe Eltern, um die Behandlung Ihres Kindes auf seine ganz speziellen Bedürfnisse abzustimmen, bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen zu seiner Krankheitsvorgeschichte (Anamnese). Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten hilft Ihnen unser Praxisteam gerne weiter!

Patient Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____
Mitglied / Versicherter Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____
Anschrift Straße: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ Handy: _____ E-Mail: _____
Versicherung Name: _____ Beruf: _____
 Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse Zusatzversicherung Beihilfe freiwillig

ALLGEMEINE SITUATION

Ja | Nein
 Allergien (z. B. Penicillin, Latex), wenn ja welche

 Asthma (schwere Atemnot)
 Anfallsleiden (Epilepsie)
 Herzerkrankungen, wenn ja welche

 Blutdruck zu hoch zu niedrig
 Bluterkrankungen
 Blutgerinnungsstörungen
 Herzschrittmacher
 Schlaganfall
 Lebererkrankungen
 Nierenerkrankungen
 Zuckerkrankheit (Diabetes)
 Hepatitis, wenn ja welche A B C
 HIV
 Tbc
 MRSA
 Osteoporose
 Tumorerkrankungen
 Geistige Verzögerung
 Hatte Ihr Kind bisher häufig fieberhafte Erkrankungen? Wenn ja, in welchem Alter?

 Sonstige Erkrankungen

 Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche und wogegen?

 Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?

 Hat Ihr Kind den Schnuller genommen?
Wenn ja, wie lange?

 Besteht eine Zahnarztangst?

ZAHN-MUND-SITUATION

Ja | Nein
 Unfall im Mund-Kieferbereich
 Zahnfleischbluten
 Zähneknirschen

SONSTIGES

Ja | Nein
 Isst Ihr Kind gerne Obst/Gemüse?
 Trinkt Ihr Kind gerne Säfte?
 Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach?
Womit werden die Zähne gereinigt?
 Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste
 Munddusche Zahnseide
 Zahnzwischenraumbürstchen
 Verwenden Sie Fluoroide?
 Zahnpasta Tabletten Speisesalz
 Fluroid Gel Mundspülung
 Vitamin D Fluorid Tabletten
 Möchten Sie, dass wir Ihr Kind in unser
Kinderprophylaxe-Programm aufnehmen?
 Sind Sie, wenn notwendig, mit einer lokalen
Betäubung der Zähne Ihres Kindes einverstanden?

Wer ist der Kinderarzt Ihres Kindes? (Name, ggf. Telefon-Nr.)

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Ihre besonderen Wünsche beim Zahnarzt?

Sollten zukünftig Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes auftreten, teilen Sie uns diese bitte unverzüglich mit. Für Ihre Angaben vielen Dank. Hierdurch ermöglichen Sie es uns, noch individueller auf die ganz besondere Situation Ihres Kindes einzugehen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und gebe mein Einverständnis zur Erhebung und Dokumentation meiner Daten. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.