

4 | Anamnesebogen Kind

Liebe Eltern!

Wir freuen uns sehr, Ihr Kind und Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir bestmöglich auf die Behandlung vorbereitet sind, bitten wir Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auf diese Weise kann für alle Beteiligten ein gutes Gefühl entstehen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Lesen Sie dazu auch unsere Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage oder im Wartebereich unserer Praxis.

Persönliche Patientendaten

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Name, Vorname eines Elternteils/des Versicherten

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon privat und/oder Arbeit

Telefon Mobil

E-Mail

Krankenkasse, bei der Ihr Kind versichert ist

Name Ihres Hausarztes oder des Kinderarztes

Allgemeine Fragen zur Ernährung

Trinkt Ihr Kind gerne

Wasser	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Fruchtsäfte, Schorle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
ungesüßte Tees	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Limonade, Eistees	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Milch	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Kakao	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ihr Kind isst gerne herzhaft? Ja Nein

Wenn ja, nennen Sie bitte Beispiele: _____

Ihr Kind isst besonders gerne süße Lebensmittel? Ja Nein

Wenn ja, nennen Sie bitte Beispiele: _____

4 | Anamnesebogen Kind

Allgemeine Fragen zur Zahn- und Mundhygiene

Wann hat Ihr Kind die ersten Zähne bekommen?

Mit ca. _____ Monaten

Wann werden die Zähne geputzt?

Morgens Ja Nein
Mittags Ja Nein
Abends Ja Nein

Vor dem Essen Ja Nein
Gleich nach dem Essen Ja Nein

Kontrollieren Sie die Zahnpflege noch?
Putzt Ihr Kind regelmäßig ohne Aufsicht die Zähne?
Hat Ihr Kind manchmal Zahnfleischbluten?
Knirscht oder reibt Ihr Kind mit den Zähnen?

Ja Nein
Ja Nein
Ja Nein
Ja Nein
Auch Nachts? Ja Nein

Gab es in Ihren Familien Zahnfehlstellungen?
Machen Sie sich Sorgen um die Zahnstellung?
Wurde Ihr Kind bereits im Zahnbereich geröntgt?

Ja Nein
Ja Nein
Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

Und bei wem? _____

Ist Ihr Kind bereits ernsthaft erkrankt gewesen? Bitte informieren Sie uns:

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Ist eine Terminerinnerung von Ihnen gewünscht?

Ja Nein

Wenn ja, per: E-Mail Brief Telefon

Haben Sie besondere Anliegen an uns?

Behandlung unter Lokalanästhesie

Bei Behandlungen in Lokalanästhesie können trotz aller Sorgfalt Störungen oder Komplikationen auftreten. Diese sind im Aufklärungsformular in unserem Wartebereich zusammengestellt.

Das Aufklärungsformular zur Lokalanästhesie habe ich gelesen, verstanden und habe eingewilligt. Alle Fragen wurden beantwortet und mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Gesundheitsangaben, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personengebundenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung für Patienten (s. Aushang) einverstanden.

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten