

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	Nein	Fruchtsäfte, Schorle	Ja	Nein
ungesüßte Tees	Ja	Nein	Limonade, Eistees	Ja	Nein
Milch	Ja	Nein	Kakao	Ja	Nein

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:

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?

Ja Nein

Putzt Ihr Kind regelmäßig ohne Aufsicht die Zähne?

Ja Nein

Hat Ihr Kind manchmal Zahnfleischbluten?

Ja Nein

Knirscht oder reibt Ihr Kind mit den Zähnen?

Ja Nein

Auch Nachts?

Ja Nein

Gab es in Ihren Familien Zahnfehlstellungen?

Ja Nein

Machen Sie sich Sorgen um die Zahnstellung?

Ja Nein

Wurde Ihr Kind bereits im Zahnbereich geröntgt?

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