

Anamnesebogen für Kinder



Zahnärzte im Alten Amtshaus
Dr. Lubna Thüning
Jan Frederik Forke

Liebe Eltern,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zur Person auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Kind

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o. Ä. _____

Kinderarzt / Hausarzt _____

Versicherungsnehmer

Krankenversicherung _____

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Sorgeberechtigte

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. _____

ANAMNESE KIND (KRANKENGESCHICHTE)

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? _____ Und wann das letzte Mal? _____

Leidet Ihr Kind unter Zahnarztangst? ja nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt? ja nein Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

Gab es Zahnunfälle? ja nein Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? ja nein Wenn ja, wo? _____

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

Daumenlutschen ja nein

Lispeln ja nein

Zungen- oder Wangenpressen ja nein

Lippenbeißen ja nein

Gebrauch des Schnullers ja nein

Dauerhaft offener Mund ja nein

Dauerhafte Mundatmung ja nein

Anamnesebogen für Kinder



Zahnärzte im Alten Amtshaus
Dr. Lubna Thüning
Jan Frederik Forke

FRAGEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT DES KINDES

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

Allergien? Wenn ja, welche? ja nein
(Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

Herz-Kreislaufkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten? Wenn ja, welche? ja nein

Bluterkrankungen? Wenn ja, welche? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? Wenn ja, welche? ja nein

Diabetes? ja nein

Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? ja nein

Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig
Medikamente? Wenn ja, welche? ja nein

Hat Ihr Kind eine Gelenkprothese,
z. B. ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk? Wenn ja, was genau? ja nein

ANAMNESE ELTERN

Mutter

Sind Sie von Allergien betroffen? Wenn ja, welche? ja nein
(Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

Leiden Sie unter Zahnarztangst? ja nein

Entwickeln Sie schnell eine Karies? ja nein

Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw.
Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss? Wenn ja, welche? ja nein

Vater

Sind Sie von Allergien betroffen? Wenn ja, welche? ja nein
(Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

Leiden Sie unter Zahnarztangst? ja nein

Entwickeln Sie schnell eine Karies? ja nein

Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw.
Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss? Wenn ja, welche? ja nein

FÜR UNSERE PRAXISORGANISATION:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie
- Kinderarzt Telefonbuch / Branchenbuch Kita
- Internetportale, z. B. jameda: _____
- Sonstiges: _____

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch
unsere Internetseite angesehen? ja nein

Möchten Sie an die Vorsorgetermine
Ihres Kindes erinnert werden?
 per Post E-Mail telefonisch ja nein

Terminvergabe

Wir sind eine Bestellpraxis – das heißt, dass wir die Zeit für den Termin extra für Ihr Kind reservieren. Bitte sagen Sie uns daher spätestens zwei Tage vorher Bescheid, falls Ihr Kind einen Termin einmal nicht einhalten kann. So haben wir die Möglichkeit, den ursprünglich für Sie geplanten Termin anderweitig zu vergeben.

Sollten Sie einen Termin dennoch nicht rechtzeitig absagen, können wir Ihnen die Kosten für die Behandlung unter Anrechnung dessen, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde, in Rechnung stellen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Hinweise zur Terminvergabe gelesen sowie die Angaben zu Ihrer und der Gesundheit Ihres Kindes nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift

Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handele.

Datum

Unterschrift