

Kinder Anamnese, Neuaufnahme

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Herzlich Willkommen!

Wir begrüßen Sie herzlich in der Praxis Abenteuer Zahnarzt. Mit diesem digitalen Anamnesebogen helfen Sie uns, damit wir uns bestmöglich auf die persönliche Behandlung vorbereiten können.

Ihre Angaben

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen möglichst vollständig aus - damit wir mit Ihren Angaben, eine optimale Behandlungsgrundlage schaffen können. Vielen Dank!

Wenn Sie Unterstützung benötigen oder Sie sich bei einer Frage oder Angabe mal nicht ganz sicher sind - wir helfen gerne. Bitte sprechen Sie uns einfach an...

Persönliche Daten - Patient

Name

.....

Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Strasse und Hausnummer

.....

PLZ und Ort

.....

Telefon (Gesetzliche:r Vertreter:in)

.....

Mobiltelefon (Gesetzliche:r Vertreter:in)

.....

E-Mail-Adresse (Gesetzliche:r Vertreter:in)

.....

Name gesetzliche/r Vertreter:In

.....

Vorname gesetzliche/r Vertreter:In

.....

Geburtsdatum Rechtlicher Vertreter:in bzw. Erziehungsberechtigte:r

.....

Straße gesetzliche/r Vertreter:In

.....

Hausnummer gesetzliche/r VertreterIn

.....

PLZ gesetzliche/r Vertreter:In

.....

Ort gesetzliche/r Vertreter:In

.....

Wir bieten die Möglichkeit der Teilnahme an unserem Recall-Service (Erinnerung) Möchten Sie daran teilnehmen?

Telefon / SMS

Ja

Nein

E-Mail

Ja

Nein

Versicherung

Gesetzlich versichert

Gesetzlich versichert mit Zahn-Zusatzversicherung

Privat versichert

Privat versichert mit Beihilfe

Privat versichert, nur Basistarif (z.B. Studenten)

Grund Ihres Besuches/ Anliegen

Bitte teilen Sie uns den Grund und Ihr Interesse Ihres Besuches mit - falls nicht aufgeführt, tragen Sie den Grund bitte im Freitext ein...

Vorsorgeuntersuchung

Zweite Meinung

erster Zahnarztbesuch / Kennenlernen

Schmerzen / Beschwerden

Karies / Füllung verloren oder defekt

Zahndurchbruch

Zahnputzschule / Zahnpflege

Angstbehandlung

Interesse Behandlung in Narkose

Zahnstellung

Sonstige:

Gesundheitsfragen / Spezielle Anamnese:

Hat / Hatte Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen:

Herzerkrankung/-fehler

Ohnmachtsneigung

Asthma / Lungenerkrankung

Diabetes / Zuckerkrankheit

Nierenerkrankung

Anfallsleiden / Epilepsie / Krampfanfälle

- ADHS / ADS
- Angstzustände / psych. Erkrankung
- Blutgerinnungsstörungen
- Operationen
- Tumorerkrankung
- Bestrahlung / Chemotherapie
- HIV / AIDS
- Gelbsucht
- Tuberkulose
- Rheuma
- Kopfschmerzen / Migräne
- Covid 19 / Corona
- Sonstige:

Zutreffendes bitte auswählen

- Unverträglichkeit Penicillin
- Unverträglichkeit Clindamycin
- Unverträglichkeit Betäubungsspritze
- Latexallergie
- Jodallergie
- Einnahme: Fluoridtabletten

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn JA, welche:

.....

Bitte ausfüllen / ergänzen ...

Gibt es Einschränkungen bezüglich: Sehkraft, Motorik, Gehör. Wenn ja Was und Wie äussert es sich?

.....

Ist Ihr Kind z.Z. in ärztlicher Behandlung? Wenn Ja, Warum?

.....

Name des Kinder-/Hausarztes + ggf. z.Zt. behandelnden Arztes

.....

Ist / oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn JA, bitte eintragen bei wem:

.....

Wurde zuvor Röntgenaufnahmen, insbesondere Kopf-/Kieferbereich, erstellt - Falls JA - bitte eintragen: Wann , durch Wen/Wo? :

.....

Hat Ihr Kind Angewohnheiten

- Lutschen
- Knirschen / Pressen / Knacken
- Schnuller
- Saugflasche zum Trinken

Zahnpflege

- Handzahnbürste
- elektische Zahnbürste

-] regelmäßiges Putzen (tägl. min. 2x)
-] unregelmäßiges Putzen
-] fluoridhaltige Zahnpaste
-] Kind putzt alleine
-] Putzunterstützung durch Eltern
-] Zahnpaste ohne Fluorid

Fragen zur Ernährung / Essgewohnheiten

-] Kind wird noch gestillt
-] sehr gesunde, ausgewogene Ernährung
-] viel Obst
-] wenig bis kein Obst
-] viel Gemüse
-] wenig bis kein Gemüse
-] viel bis überwiegend Süßes
-] überwiegend Deftiges
-] viel bis häufig Fast Food
-] viel bis häufig Fruchtsäfte
-] viel bis häufig Limonaden, zuckerhaltige Getränke

Gleich geschafft....

Foto/ Fotodokumentation

Wir führen eine vollständig digitale Kartei. Daher fertigen wir Fotos unserer Patienten an (Karteibild) und/ oder zur Dokumentation einer Behandlung/ medizinischen Dokumentation. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, geben Sie uns bitte rechtzeitig einen Hinweis.

Datenschutz / DSGVO

Alle Informationen und Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO) und werden daher streng vertraulich behandelt. Dere Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Hinweis zu gebuchten Terminen:

Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Andernfalls können wir Ihnen die sonst ungenutzte Zeit in Rechnung stellen (min. 40 € pro halbe Stunde, Ausfallentgelt gemäß §§ 304, 611, 615 BGB)

Einverständnis, Vollständigkeit & Richtigkeit (Gesetzliche:r Vertreter:in)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Ich habe die Informationen und Angaben gelesen und verstanden. Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass mein Kind in der Praxis behandelt wird. Zahnärztliche Behandlungen umfassen: Lokalanästhesie Maßnahmen der Kariesdiagnostik und Prävention, wie z.B. Röntgenbilder fertigen Fluoridgabe Silberdiaminfluorid-Applikation Extraktion von Zähnen Behandlung von Zähnen zum Erhalt, wie z.B. Wurzelkanalbehandlung, Pulpotomie und Kinderkronen Fissurenversiegelung Füllungen Zahnreinigung Lachgas Vollnarkose Kieferorthopädische Behandlung zum Lückenerhalt

Ort, Datum

Unterschrift Patient