

PERSÖNLICHE DATEN IHRES KINDES

Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung der Daten stimme ich zu.

Patient: _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mutter: _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Vater: _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitglied: _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift: _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Straße

Tel. privat _____ Tel. gesch. _____

Tel. mobil _____

Erziehungsberechtigte: Mutter Vater

Private (Zusatz-)Versicherung: _____

Standardtarif (Basistarif) Beihilfe

Gesetzl. Krankenkasse: _____

Sind Sie an unserem kostenlosen **Wiederbestellservice (Recall)** interessiert?

Postkarte E-Mail: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Anzeigen in Zeitungen oder Zeitschriften: welche? _____

Internetrecherche, Branchen-oder Bewertungsportale: welche? _____

Persönliche Empfehlung, durch _____

anders _____

ANAMNESEBOGEN

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen, im Interesse Ihres Kindes, wahrheitsgemäß und vollständig zu bearbeiten.

Sollte es zu Änderungen bzgl. des Gesundheitszustandes und des Versicherungsstatus kommen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir das Befinden Ihres Kindes gut beurteilen und dementsprechend eine optimale Behandlung angepasst an den individuellen Gesundheitszustand Ihres Kindes erreichen können.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Hat Ihr Kind Erkrankungen folgender Art?

Herz-Kreislaufkrankungen

Herzfehler Herzpass vorhanden ja nein

Allergien _____

Welche

Allergiepass vorhanden ja nein

Asthma

Anfallsleiden

Bluterkrankungen _____

Welche

Infektionserkrankungen _____

Welche

Stoffwechselerkrankungen (Diabetes,...)

Sonstige Allgemeinerkrankungen, Syndrome?

Welche

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung. Wenn ja, weshalb?

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein
Wenn ja, welche? _____
- Gibt es Unverträglichkeiten bei bestimmten Medikamenten?
Wenn ja, welche? _____
- Gibt es in Ihrer Familie ernsthafte Erkrankungen, die auch bei Ihrem Kind vorliegen könnten (Blutgerinnungsstörungen, Stoffwechselerkrankungen etc.)?
Wenn ja, welche? _____
- Name Ihres Kinderarztes: _____

ZAHNMEDIZINISCHER ANAMNESEBOGEN

Wurde Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt? ja nein

Bei wem? _____

Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes bei der zahnärztlichen Behandlung?

- Kooperativ Ängstlich, aber die Behandlung war möglich
- Verweigerung

Gibt es Besonderheiten für Ihr Kind im Zusammenhang mit der Zahnbehandlung (z.B. Spritzenangst, Würgereiz)?

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind bereits sichtbare Karies/„Löcher“? ja nein

Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarztbesuch? ja nein

Was ist der Grund Ihres heutigen Besuches? _____

Lutscht Ihr Kind an Daumen oder Schnuller oder hat es früher gelutscht?

ja bis zum _____ Lebensjahr nein

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? _____

Wie putzt Ihr Kind die Zähne?

Alleine mit Hilfe der Eltern nur die Eltern

Welche Zahnpasta wird verwendet? _____

Wird Zahnseide verwendet? ja nein

Werden oder wurden Fluoridtabletten eingenommen? ja nein

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

Wurde Ihr Kind gestillt und/oder hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken?

ja _____ Monate nein

Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? _____

Wie häufig werden Zwischenmahlzeiten gegessen? _____

Welche Hobbies oder Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind?

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, d.h. wir vergeben Termine, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Um Ihrer Familie unsere ganze Aufmerksamkeit schenken zu können, reservieren wir bei entsprechenden Arbeiten z.T. mehrere Stunden. Aber selbstverständlich bedeutet auch für die Praxis Leerlauf finanziellen Verlust. Um Ihnen und uns Unannehmlichkeiten zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten oder bei Verhinderung rechtzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen.

Ich bestätige, die obigen Fragen zu meinem Kind nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift