

Anamnesebogen Kinder (Patientengeschichte) 2017

Patient : Name, Vorname geb. am <hr/> Adresse Strasse _____ PLZ Ort _____ Priv. - Telefon: _____ Dienstl. - Tel.: _____ Mobil: _____ Einverständniserklärung Gerne möchte ich den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich (für mein Kind) in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung bzw. zur professionellen Zahnreinigung. Ich wünsche die Erinnerung <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN </div> <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> per E-Mail Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen. <hr style="width: 30%; margin-left: 0;"/> Datum Unterschrift	Versichert über : Name, Vorname geb. am <hr/> Adresse Strasse _____ PLZ Ort _____ Priv. – Telefon: _____ Mobil: _____ Fax – Nr.: _____ E-Mail: _____ derzeitiger Beruf des Vaters und der Mutter: _____ Arbeitgeber: _____ Kasse: _____ <u>Ich wurde empfohlen durch:</u> <u>Kinderarzt:</u>
---	--

Sehr geehrte Eltern,
Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird den Behandlungsunterlagen Ihres Kindes beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen.

Ist Ihr Kind im Moment in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
 Wenn ja, bitte geben Sie Name und Fachrichtung des Arztes an:

Hat Ihr Kind

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - eine Erkrankung des Herzens? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| - einen angeborenen Herzfehler? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| - einen Herzklappenfehler oder eine Herzklappenprothese? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

- Herzoperationen? Ja Nein
- einen Herzschrittmacher? Ja Nein
- einen Herzpass? Ja Nein
- Ist Ihr Kind Zuckerkrank? Ja Nein

Hat Ihr Kind

- eine Schilddrüsenüberfunktion - oder Unterfunktion? Ja Nein
- Hepatitis Ja Nein
- eine andere Lebererkrankung? Ja Nein
- eine Nierenerkrankung? Ja Nein
- Rheuma/ rheumatisches Fieber? Ja Nein
- eine Nervenerkrankung? Ja Nein
- eine Magen – Darm – Erkrankung? Ja Nein
- HIV / Aids? Ja Nein
- Asthma / andere Lungenerkrankung? Ja Nein

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? Ja Nein
Wenn ja, welche?:

Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche?:

Verträgt Ihr Kind bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein
Wenn ja, welche?:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, gegen welche Erkrankung?:

Gab es Besonderheiten bei der Schwangerschaft oder der Geburt? Ja Nein
Wenn ja, welche?:

Hat sich Ihr Kind normal entwickelt? Ja Nein
Welche Besonderheiten gab es ggf.?:

Besucht oder besuchte Ihr Kind einen Kindergarten? Ja Nein

Welche Schule (Schultyp) besucht Ihr Kind?

Haben Sie weitere Kinder? Ja Nein
ggf.wie alt?:

Sehr geehrte Eltern,
wir möchten Sie bitten, zusätzlich diesen Fragebogen auszufüllen. Diese Informationen sind für die Diagnose und Therapieplanung sehr wichtig und unterliegen natürlich ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

Zahnmedizinische Anamnese

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? **Ja** **Nein**
Wenn ja, wo sind die Schmerzen?:

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? **Ja** **Nein**
Wenn Ja, wann und bei wem war Ihr Kind in Behandlung?:

Was wurde bei früheren Zahnarztbehandlungen gemacht? (Kontrolle, Füllungen, Prophylaxe?)

Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? **Ja** **Nein**

Wenn ja, welche Probleme sind bei vergangenen Behandlungen aufgetreten?

Gibt es „Schlüsselreize“ für Ihr Kind im Zusammenhang mit der Zahnbehandlung (z.B. Angst vor Spritzen) oder liegen Besonderheiten (z.B. Würgereiz) vor?

Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? **Ja** **Nein**

Benutzt oder benutzte Ihr Kind einen Schnuller? **Ja** **Nein**
Wenn ja, bis zu welchem Alter?:

Nuckelt Ihr Kind am Daumen?: **Ja** **Nein**

Benutzen Sie:

Fluoridhaltige Kinderzahnpaste? **Ja** **Nein**
Fluorid-Gel? **Ja** **Nein**
Fluorid-Tabletten? **Ja** **Nein**
Ggf.von wann bis wann?

Fluoridhaltiges Speisesalz? **Ja** **Nein**
Wie alt war Ihr Kind, als Sie mit dem Zähneputzen begonnen haben?

Wer putzt die Zähne Ihres Kindes?

Wie oft werden die Zähne geputzt?

Wie lange werden die Zähne geputzt?

Welche Zahnpaste verwendet Ihr Kind?

Welche Zahnbürste benutzt Ihr Kind (Handzahnbürste?, elektrische Zahnbürste?)

Ernährungsgewohnheiten

Ist Ihr Kind gestillt worden? **Ja Nein**
Wenn ja, bis zu welchem Alter?:

Hat Ihr Kind aus der Saugerflasche getrunken? **Ja Nein**
Wenn ja, bis zu welchem Alter?:

Was war / ist in der Flasche?

Hat Ihr Kind auch nachts aus der Flasche getrunken? **Ja Nein**

Was isst Ihr Kind am liebsten?

Was trinkt Ihr Kind am liebsten?

Wichtige Informationen:

- **alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu**
- **ich verpflichte mich, Sie umgehend über all während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren**
- **ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus Kosten in Rechnung gestellt werden**
- **ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe**

Datum: