

KINDER-ANAMNESEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)



CASA DENTALIS

Liebe Eltern!

Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert. Deshalb bitten wir Sie, diesen speziellen Kinder-Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, helfen uns, Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam Dr. Herbst & Partner

Persönliches

Name / Vorname des Kindes _____ Geburtsdatum _____
Straße / Hausnummer _____ Tel. privat _____
PLZ / Ort _____ Tel. mobil _____
E-Mail _____

Über welche Person ist das Kind versichert?

☐ Vater ☐ Mutter

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Hausnummer _____ Tel. privat _____
PLZ / Ort _____ Tel. mobil _____
E-Mail _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ zusatzversichert ☐ freiwillig versichert
☐ Private Krankenkasse* ☐ vollversichert ☐ Basistarif ☐ Anspruch auf Beihilfe

*Wir weisen darauf hin, dass bei schwieriger Behandlung auch über den 2,3 fachen Satz liquidiert wird. Eine für die Versicherung ausreichende Begründung garantieren wir.

Sorgerecht

- ☐ Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht habe
☐ Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn
☐ Ich bin nicht erziehungsberechtigt

Spezielle Anamnese Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Anfallsleiden (Epilepsie) | ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes) | ☐ Asthma |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Nierenerkrankung | ☐ Lungenerkrankungen |
| ☐ Erkrankungen des Blutes | ☐ Blutgerinnungsstörungen | ☐ Lebererkrankung |
| ☐ Herzerkrankungen | ☐ Immunschwäche | ☐ geistige Verzögerung |
| ☐ ADHS | ☐ Hörstörungen | |

Bitte Rückseite beachten!

Bestehen sonstige Erkrankungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, worauf? _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt: ☐ vom Kind selbst ☐ mit Hilfe der Eltern ☐ von den Eltern

Wann werden sie geputzt? ☐ vor dem Frühstück ☐ nach dem Frühstück ☐ nach dem Mittagessen
☐ nach dem Abendessen ☐ vor dem Zu-Bett-Gehen

Womit werden sie geputzt? ☐ Handzahnbürste ☐ elektr. Zahnbürste ☐ Munddusche
☐ Zahnseide ☐ Zahnzwischenraumbürste

Mit welcher Zahnpasta? ☐ Kinderzahnpasta ohne Fluorid ☐ Erwachsenenzahnpasta
☐ Kinderzahnpasta mit Fluorid ☐ Juniorzahnpasta

Fluoridzufuhr

Werden oder wurden D-Fluoretten gegeben? ☐ Ja ☐ Nein

Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet? ☐ Ja ☐ Nein

Wird zu Hause fluoridiertes Speisesalz genutzt? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

☐ Daumen ☐ Finger ☐ Schnuller ☐ Trinkfläschchen ☐ Sonstiges ☐ Keine

Zum Schluss

Erster Besuch beim Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind Angst? ☐ Ja ☐ Nein

Besteht Interesse an? ☐ einer Lachgasbehandlung ☐ einer Vollnarkosebehandlung

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Internet ☐ Freunde/Bekannte ☐ Sonstiges

Bitte teilen Sie uns Änderungen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes (z.B. Allergien) mit, damit wir diese berücksichtigen können.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und die vorliegenden Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigter: _____