

Praxis Wackelzahn
für Kinder - und Jugendzahnheilkunde und Kieferorthopädie
Christoph Dudy und Alina Bodi

Anamnesebogen für Kinderpatienten

Liebe Eltern, liebe Kinder,

herzlich Willkommen in unserer Praxis! Um uns gut auf Ihren bevorstehenden Besuch vorzubereiten, benötigen wir neben den Personalien und dem allgemeinen Gesundheitszustand auch Informationen zur Ernährung und Mundhygiene Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine lückenlose und risikofreie Beratung und Behandlung. Bitte lesen Sie sich unsere Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen die entsprechenden Felder aus.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihre Praxis Wackelzahn.

- Vor – und Nachname des Kindes Geburtsdatum

- Vor – und Nachname des Hauptversicherten Geburtsdatum

- Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

- Telefonnummer Handynummer E-Mail

Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Beihilfeberechtigt ☐ Zusatzversicherung ☐

Erziehungsberechtigter: Beide Eltern ☐ Eltern leben getrennt ☐

Vater ☐ Mutter ☐ Sonstige _____

- Wie sind Sie zu uns gekommen? _____ Überweisung von _____

- Kinderarzt: _____ Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, warum? _____
- Grund des heutigen Besuches? Besteht eine Zahnarztangst?

- Bisheriger Zahnarzt? Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung und wann war diese?

- Hatte Ihr Kind schon mal Zahnschmerzen?

- Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund-Kieferbereich?

- Hatte Ihr Kind schon mal eine kieferorthopädische Behandlung? Wenn ja, wo und wem?

- Wurden schon mal Röntgenbilder im Kopf - Kieferbereich gemacht? Wenn ja, wo und bei wem?

Bitte wenden

Hat Ihr Kind eine der nachfolgenden Krankheiten (bitte zutreffende ankreuzen)

Asthma	☐	Schilddrüsenerkrankung	☐	Leberkrankheit/Hepatitis	☐
Diabetes	☐	Nierenerkrankung	☐	Rheuma	☐
Epilepsie	☐	Lungenerkrankung	☐	Nervenerkrankung	☐
Hörstörung	☐	Erkrankung des Blutes	☐	Magen-Darm-Erkrankung	☐
Spastik	☐	Tuberkulose	☐	Immunschwäche (Aids)	☐

- Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? Ja ☐ Nein ☐

angeborener Herzfehler ☐

erworbener Herzfehler ☐

Herzoperation: Wann? _____ Wo? _____

- Bestehen sonstige Krankheiten? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche? _____

- Hat Ihr Kind Allergien? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche? _____

- Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? Ja ☐ Nein ☐

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche? _____

- Hatte Ihr Kind schon mal ungewöhnliche Reaktionen auf Medikamente? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche? _____

- Verliefe die Schwangerschaft normal? Ja ☐ Nein ☐ Warum? _____

die Geburt normal? Ja ☐ Nein ☐ Warum? _____

Gewicht des Kindes bei der Geburt _____

- Hatte Ihr Kind einmal

eine fieberhafte Krankheit?	Ja	☐	Nein	☐
einen schweren Unfall?	Ja	☐	Nein	☐
eine Operation?	Ja	☐	Nein	☐
einen Aufenthalt im Krankenhaus?	Ja	☐	Nein	☐

- Atmet Ihr Kind durch den Mund Ja ☐ Nein ☐

- Hobbys und Interessen Ihres Kindes:

Wir sind eine Bestellpraxis. Das bedeutet, bei uns gibt es nur Termine nach Vereinbarung. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt mindestens 24 Stunden vorher) abzusagen, da sich ein anderer Patient über einen freien Termin freut. **Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zur Diagnostik und Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen und Behandlungsunterlagen von meinem Kind angefertigt und ggf. per Email an einen anderen Zahnarzt übermittelt werden dürfen

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter