

Anamnesebogen



Liebe Eltern,

wir freuen uns, Sie und Ihr Kind in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Zunächst benötigen wir neben den Personalien, Angaben zum Gesundheitszustand Ihres Kindes. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Allgemeine Angaben

Patient Vorname _____ Name _____ geb. am _____ in _____

Versicherter Vorname _____ Name _____ geb. am _____

Anschrift _____

Kinderarzt/Anschrift _____

Telefon privat _____ Telefon mobil* _____

E-Mail* _____

Krankenkasse _____ gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt
 zusätzlich versichert freiwillig versichert

Erziehungsberechtigte Vater Mutter Sonstige

Angaben zum Gesundheitszustand Ihres Kindes

Herzerkrankung ja nein

Asthma, Lungenerkrankung ja nein

Bluterkrankung (Blutungsneigung) ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Muskelerkrankung ja nein

Lebererkrankung ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Magen-/Darmerkrankung ja nein

Infektionskrankheiten
(Hepatitis, HIV, Tuberkulose) ja nein

Stoffwechselkrankheiten/Diabetes ja nein

Allergien ja nein

Besonderheiten bei der Geburt
(Früh-, Zangengeburt; Kaiserschnitt) ja nein

Lernschwäche, geistige Behinderung ja nein

Sprachprobleme ja nein

Hörprobleme ja nein

Sehprobleme ja nein

Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung ja nein

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche? _____

Fehlende Impfungen ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

Wurde Ihr Kind schon einmal geröntgt? ja nein

Zahnmedizinische Angaben

Grund des heutigen Besuchs _____

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, wann und bei wem?*

Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt? ja nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund-/Gesichtsbereich? ja nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wurde/wird Ihr Kind gestillt? ja nein

Trinkt Ihr Kind aus einer Nuckel-,
Schnabel-, Sportflasche? ja nein

Wie häufig und was ist in der Flasche?

Hat Ihr Kind genuckelt, bzw. nuckelt es noch? ja nein

Bekommt Ihr Kind Fluoride? ja nein

Wie häufig isst Ihr Kind am Tag Süßes?

Wie häufig putzt sich Ihr Kind am Tag die Zähne?

Helfen Sie dabei? ja nein

Angaben der Eltern**

Mutter

Vater

Haben Sie selbst Angst vorm Zahnarzt? ja nein ja nein

Haben Sie Allergien? ja nein ja nein

Neigen Sie zu Karies? ja nein ja nein

Neigen Sie zu Zahnfleischbluten? ja nein ja nein

Neigen Sie zu Zahnstein? ja nein ja nein

Beratungswunsch***

Individuelle Prophylaxemaßnahmen
(z. B. professionelle Zahnreinigung,
Intensivfluoridierung, Frühprophylaxe) ja nein

Hochwertige Füllungsmaterialien ja nein

Ernährungsberatung ja nein

Versiegelung der Zähne ja nein

Sonstiges _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**** _____

Bitte beachten Sie:

Nach einer Betäubung muss Ihr Kind mind. 2 Stunden unter Aufsicht sein, damit es sich nicht selbst verletzt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständig- und Richtigkeit der Angaben und versichern, jede Veränderung der Angaben vor weiteren Behandlungen mitzuteilen.

Datum _____

Unterschrift _____

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten / *Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum _____

Unterschrift _____

* Freiwillige Angabe - falls erstellte Unterlagen für die Behandlung sinnvoll sind, kommen wir bzgl. einer Einwilligung zur Anforderung auf Sie zu

** Freiwillige Angabe - diese Angaben können für die Behandlung Ihres Kindes hilfreich sein.

*** Freiwillige Angabe - wenn Sie eine entsprechende Beratung wünschen

**** Freiwillige Angabe - hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

Dr. med. dent. Sonja Diederichs