

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen möglichst vollständig aus. Pflichtangaben sind: Name, Geburtsdatum, Anschrift und Krankenversicherung. Ihre Angaben sind freiwillig, aus unserer Sicht jedoch wichtig, um Ihr Kind nach Ihren und seinen Wünschen und in Übereinstimmung mit dem Gesundheitszustand behandeln zu können. Jeder Behandlung geht selbstverständlich ein persönliches Gespräch mit der Zahnärztin voraus, in dem Sie einzelne Punkte auch mündlich absprechen können.

Kind Name _____ Vorname _____
geboren am _____ weiblich männlich

Erziehungsberechtigter Mutter Vater beide
 beihilfeberechtigt zusätzlich versichert
Name der Krankenkasse _____ freiwillig versichert

Hauptversicherter Mutter Vater

Mutter Name _____ Vorname _____ geb. am _____
Anschrift Straße/Nr. _____ Beruf _____
PLZ _____ Ort _____ E-Mail _____
Telefon tagsüber erreichbar _____ mobil _____

Vater Name _____ Vorname _____ geb. am _____
Anschrift Straße/Nr. _____ Beruf _____
PLZ _____ Ort _____ E-Mail _____
Telefon tagsüber erreichbar _____ mobil _____

Kinderarzt Name/Ort _____

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgende Krankheiten?

Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tumore	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Chronische Bronchitis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hör- und Sehprobleme	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis, TBC	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Genetische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Vitamin B12-Mangel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lernschwäche/AD(H)S	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

sonstige Krankheiten _____

Nachgewiesene Allergien _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ja _____

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft bzw. bei der Geburt?

nein ja _____

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? ja nein

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

- positiv neutral ängstlich erster Zahnarztbesuch

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja, bei _____

Was ist der Grund des heutigen Besuches? _____

Gab es bei den vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, dass Ihr Kind gestört hat ?

Name der vorherigen Zahnarztpraxis _____

Bekommt Ihr Kind Fluoride? Wenn ja, in welcher Form? _____

Besteht Interesse an:

individuellen Prophylaxemassnahmen (Ernährungsberatung, Putzschule, Intensivprophylaxe)

ja

Lachgas Sedierung

ja

Unserem kostenlosen Erinnerungsservice?

ja

Sie werden i.d.R. ca. 1 Woche vor dem nächsten Termin per E-Mail, oder wenn Sie wünschen, per SMS an den Termin erinnert. Hierfür benötigen wir entweder eine gültige E-Mail-Adresse, oder eine gültige Mobilfunknummer.

Mail

SMS

Ihr Kind geht in: eine Krabbelgruppe den Kindergarten die Schule Tagesmutter

Lieblingsbuch -film -serie _____ Hobbies _____

Lieblingsessen _____ Lieblingsgetränk _____

Lieblingsfarbe _____ Lieblingstier _____

Lieblingskuscheltier (bitte mitbringen, wenn Ihr Kind das möchte!) _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Dokumentation und praxisinterner Qualitätssicherung Fotoaufnahmen angefertigt werden. Diese Bilder unterliegen ebenso wie die übrigen Behandlungsdaten der ärztlichen Schweigepflicht.

Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Aufgrund unserer Dokumentationspflichten sind wir verpflichtet Ihre Daten 5 Jahre aufzubewahren. Ich versichere jede relevante Veränderung meiner Pflichtangaben vor weiteren Behandlungen mitzuteilen.

EINWILLIGUNG IN DIE ZAHNÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

Hiermit willige ich in die zahnärztliche Untersuchung und die dafür medizinisch notwendigen diagnostischen Maßnahmen, wie z.B. digitale Röntgenaufnahmen oder intraorale Fotos bei meinem Kind ein.



Datum

Unterschrift sorgeberechtigte Person(en)

Ihr Team der Kinderzahnarztpraxis Brun

Anhaltstraße 6, 14482 Potsdam, Tel. 0331-97990882,
info@kinderzahnarztpraxis-brun.de, www.kinderzahnarztpraxis-brun.de