

## Anamnesebogen für Ihr Kind

Liebe Eltern,

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Wir möchten Sie bitten, sich kurz etwas Zeit zu nehmen und diesen Anamnesebogen für Ihr Kind auszufüllen. Für die Behandlung können eventuell vorhandene oder durchgemachte Allgemein-Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte füllen Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, so helfen wir Ihnen gerne.

Kind

Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Straße PLZ, Wohnort

Telefon/ E-Mail

Privat Mobil E-Mail

Versicherung/

Krankenkasse

Zusatzversicherung

Name behandelnder Kinderarzt

### Fragen zur Allgemeingesundheit Ihres Kindes

#### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

#### Allergien oder

☐ ja ☐ nein

#### Medikamentenunverträglichkeiten

Wenn ja, welche?

#### Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

☐ ja ☐ nein

Schilddrüsenerkrankungen

☐ ja ☐ nein

#### Infektionskrankheiten

AIDS (HIV-Infektion)

☐ ja ☐ nein

Leber- oder Nierenerkrankung

☐ ja ☐ nein

Tuberkulose

☐ ja ☐ nein

Chron. Erkrankungen der Atemwege

☐ ja ☐ nein

#### Medikamente

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

☐ ja ☐ nein

#### Weitere Erkrankungen

Spastik / veränderter Muskeltonus

☐ ja ☐ nein

Fieberkrämpfe

☐ ja ☐ nein

Hörprobleme / Taubheit

☐ ja ☐ nein

Sehschwäche / Blindheit

☐ ja ☐ nein

Bluterkrankungen (blutet Ihr Kind länger als üblich?)

☐ ja ☐ nein

#### Andere Erkrankungen

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

#### Weitere Angaben / Fluoridanamnese

Benutzt Ihr Kind

Fluoridhaltige Zahnpasta

☐ ja ☐ nein

Fluoridhaltiges Speisesalz

☐ ja ☐ nein

Fluoridtabletten

☐ ja ☐ nein



Möchten Sie von uns per E-Mail an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

☐ ja ☐ nein

#### Verswiegenheitserklärung

Ich bin einverstanden, dass meine Daten an weiter- behandelnde Zahnärzte, Kieferchirurgen und Krankenkassen übermittelt werden dürfen.

☐ ja ☐ nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung der Daten einverstanden. Ich habe diesen Fragebogen zusammen mit meinem Kind mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben meines Kindes. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Um Wartezeiten vorzubeugen sind Termine exklusiv für unsere kleinen Patienten eingeplant. Sollten Sie einen Termin nicht oder nicht rechtzeitig wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte sofern möglich mindestens 24 Stunden vorher. Andernfalls sind wir berechtigt die vorgesehene Behandlung in Rechnung zu stellen (§615 Satz BGB, §287 ZPO). Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.

Bei Leitungsanästhesien im Unterkiefer kann es in seltenen Fällen zur Irritation der Unterkiefernervenstränge kommen. Dies äußert sich durch ein anhaltendes Taubheitsgefühl der Lippen und Zungenstellen über Tage/Wochen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss darauf, es ergibt sich aus anatomischen Verhältnissen des einzelnen Patienten.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter