

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 Allgemeinerkrankungen 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			
Anschrift	Name	Vorname	Geburtsdatum
Telefon/ E-Mail	Straße	PLZ, Wohnort	
Versicherung/ Krankenkasse	Privat	Mobil	E-Mail
		Zusatzversicherung	

Name behandelnder Kinderarzt _____

Fragen zur Allgemeingesundheit Ihres Kindes

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Wenn ja, welche?

ja nein

Weitere Erkrankungen

ja nein

Spastik / veränderter Muskeltonus

ja nein

Fieberkrämpfe

ja nein

Hörprobleme / Taubheit

ja nein

Sehschwäche / Blindheit

ja nein

Bluterkrankungen (blutet Ihr Kind

ja nein

länger als üblich?)

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

ja nein

Andere Erkrankungen

ja nein

Schilddrüsenerkrankungen

ja nein

Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten

AIDS (HIV-Infektion)

ja nein

Weitere Angaben / Fluoridanamnese

ja nein

Leber- oder Nierenerkrankung

ja nein

Fluoridhaltige Zahnpasta

ja nein

Tuberkulose

ja nein

Fluoridhaltiges Speisesalz

ja nein

Chron. Erkrankungen der Atemwege

ja nein

Fluoridtabletten

ja nein

Medikamente

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

ja nein

ja nein

Wenn ja, welche?

ja nein



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

ja nein

Verschwiegenheitserklärung

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

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. Solltet 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 Unterkiefernvenenstränge 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