

ANAMNESEBOGEN

LIEBE KLEINE PATIENTEN, LIEBE ELTERN,
HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Damit wir uns optimal auf die Behandlung Ihres Kindes einstellen können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Wir bitten Sie, diesen Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Falls Sie Hilfe beim Ausfüllen brauchen, sprechen Sie uns bitte an.

PERSÖNLICHE ANGABEN

NAME IHRES KINDES:

Name | Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

VERSICHERT ÜBER:

Name | Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Strasse | Hausnummer

PLZ | Ort

Festnetz

Mobil

eMail

KRANKENKASSE IHRES KINDES:

Gesetzlich Zahnzusatzversicherung Privat Beihilfeberechtigt Basistarif

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

ALLGEMEINE ANAMNESE

BESTEHT ODER BESTAND BEI IHREM KIND EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Falls Sie mit „ja“ antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

	ja	nein	ergänzende Angaben
Allergie (welche)			
Überempfindlichkeiten			
Unverträglichkeiten			
Allergiepass			
Anfallsleiden (Epilepsie)			
Atemwegserkrankungen (Asthma)			
Erkrankungen des Herzens			
Blutgerinnungsstörung			
Diabetes (Zuckerkrankheit)			
Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes			
ERKRANKUNGEN DER INNEREN ORGANE			
<input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Niere			
INFEKTIONSERKRANKUNGEN:			
<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Hepatitis			
ADHS/ADS			
geistige oder körperliche Behinderung			
letzte Röntgenbilder:			
Medikamente (welche)			
Operationen (welche)			
Sonstiges			

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

	ja	nein	ergänzende Angaben
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?			
Wenn ja, wie liefen diese Zahnarztbesuche ab?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht		
Hat Ihr Kind Angst vor Zahnarztbesuchen?			
Hat oder hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?			
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung, wenn ja, bei wem?			
Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten (Daumen/ Schnuller)?			
Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich?			
Wie viele Mahlzeiten hat Ihr Kind am Tag?			
Was gibt es als Zwischenmahlzeit?			
Wer putzt Ihrem Kind die Zähne?			
Wie oft und wann werden die Zähne täglich geputzt?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends		
Womit werden die Zähne geputzt?	<input type="checkbox"/> Handzahnbürste <input type="checkbox"/> elek. Zahnbürste <input type="checkbox"/> Zahnpasta mit Fluorid <input type="checkbox"/> Zahnpasta ohne Fluorid		
Nimmt Ihr Kind Fluoride zu sich?	<input type="checkbox"/> Fluoretten <input type="checkbox"/> Fluorid Gel <input type="checkbox"/> Fluoridiertes Speisesalz		
Sollten wir irgendetwas Besonderes bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?			

Ihre Angaben werden von uns zwar elektronisch gespeichert, unterliegen aber der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt, d.h., wir halten für Ihre Behandlung den mit Ihnen vereinbarten Zeitraum frei. Deshalb bitten wir Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls kann Ihnen die extra für Sie freigehaltene und nicht genutzte Behandlungszeit in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten oder besitze das alleinige Sorgerecht.

ja nein

DATUM

UNTERSCHRIFT EINES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM RECALL

Gerne nutze ich den kostenlosen Service der Praxis, an zukünftige Termine meines Kindes erinnert zu werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

nein

ja eMail Anruf Post

DATUM

UNTERSCHRIFT DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

SO BEREITEN SIE IHR KIND AUF DIE BEHANDLUNG VOR:

- » Versprechen Sie keine Belohnungsgeschenke, das verstärkt den Druck.
- » Vermeiden Sie Negationen in Verbindung mit dem Zahnarztbesuch (z.B. Das tut gar nicht weh! Du musst keine Angst haben!).
- » Versuchen Sie, den Tag des Zahnarztbesuches für sich und Ihr Kind stressfrei zu gestalten. Sorgen Sie dafür, dass Sie und Ihr Kind ausgeruht sind.
- » Achten Sie darauf, dass Sie sich in Gegenwart Ihres Kindes nur positiv über den Zahnarztbesuch äußern.

WÄHREND DES PRAXISBESUCHES:

- » Informieren Sie uns über Eigenheiten und Krankheiten Ihres Kindes. Wir möchten uns optimal auf Ihr Kind einstellen.
- » Selbstverständlich sind Sie im Behandlungszimmer willkommen, bleiben Sie aber bitte im Hintergrund. In seltenen Fällen kann es sein, dass sich das Kind zu stark auf die Eltern fixiert und dadurch eine Behandlung schwierig macht. In solch einer Situation ist es besser, die Kinder allein ins Behandlungszimmer gehen zu lassen.
- » Ihr Kind soll im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen, deshalb soll auch Ihr Kind auf unsere Fragen antworten. Überlassen Sie uns somit die Führung Ihres Kindes, da Kinder nicht gleichzeitig auf mehrere Erwachsene hören können.
- » **Loben Sie Ihr Kind nach der Behandlung! Ihr Kind soll die Praxis mit einem guten Gefühl verlassen!**