

Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern, bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Kind

Name / Vorname _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o. Ä. _____
Kinderarzt / Hausarzt _____

Versicherungsnehmer

Krankenkasse _____
Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Sorgeberechtigter

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Telefonnummer _____

Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis – das heißt, dass wir die Zeit für Ihren Termin extra für Sie reservieren. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen ansonsten die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie Kinderarzt Telefonbuch / Branchenbuch Kita
 Internetportale, z. B. jameda: _____ Sonstiges: _____
Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere Internetseite angesehen? ja nein

Möchten Sie an die Vorsorgetermine Ihres Kindes telefonisch oder schriftlich erinnert werden? ja nein

ANAMNESE DES KINDES (KRANKENGESCHICHTE)

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? _____ Und wann das letzte Mal? _____
Besteht Zahnarztangst? ja nein
Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt? ja nein Wenn ja, an welchen Zähnen? _____
Gab es Zahnunfälle? ja nein Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

- bitte wenden -

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

Daumenlutschen? ja nein Gebrauch eines Schnullers? ja nein
Lispeln? ja nein dauerhaft offener Mund? ja nein
Zungen- oder Wangenpressen? ja nein dauerhafte Mundatmung? ja nein

Lippenbeißen?

ja nein

FRAGEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT DES KINDES

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamenten-unverträglichkeiten an.)

Infektionskrankheiten? ja nein

Wenn ja, welche?

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Bluterkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Diabetes? ja nein

Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig ja nein

Medikamente? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind eine Gelenkprothese, ja nein

z. B. ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk? Wenn ja, was genau?

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? ja nein Wenn ja, wo? _____

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.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Behandlung und die Benutzung meiner Patientendaten durch die behandelnden Zahnärzte der Zahnarztpraxis Dentology ein.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die nächsten Kontrolltermine durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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).

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle:

Datum

Unterschrift