

LIEBE ELTERN,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten.
Mit dem Ausfüllen des Fragebogens tragen Sie dazu bei, dass wir den Gesundheitszustand Ihres Kindes gut beurteilen sowie Sie und Ihr Kind besser beraten und gezielt behandeln können.

PATIENT

Name	Vorname
Geburtsort	Geburtsdatum (TT/MM/JJ)

VERSICHERT ÜBER

Name	Vorname
Titel	Geburtsdatum (TT/MM/JJ)
Beruf	Straße und Hausnummer
PLZ	Stadt
Land	Telefon
E-Mail	Mobil
Krankenkasse	Zusatzversicherung
Aktueller Arbeitgeber	Anschrift Arbeitgeber

ALLGEMEINE ANGABEN

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

ALLERGIEN

Wenn ja, welche?

HERZERKRANKUNGEN

- Angeborene oder erworbene Herzfehler
- Herzklappenfehler
- Endokarditis
- Herzoperationen

 Sonstiges: _____

ANDERE ERKRANKUNGEN

- Asthma oder Lungenerkrankungen
- Nervenerkrankungen
- Epilepsie
- Infektionskrankheiten

 Sonstiges: _____

BLUTERKRANKUNGEN

- Blutgerinnungsstörungen
- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

 Sonstiges: _____

ANAMNESEBOGEN KIDS

KIND

Wann hat Ihr Kind den ersten Zahn bekommen?

GEWÖHNHEITEN

Lutscht es am Daumen? Ja Nein

Hatte Ihr Kind einen Schnuller? Ja Nein

Bis zu welchem Alter?

AUFFÄLLIGKEITEN IM SCHLAF

Schnarcht Ihr Kind (auch wenn es nicht erkältet ist) regelmäßig? Ja Nein

Hören Sie Atemaussetzer? Ja Nein

Mundhaltung des Kindes im Schlaf
offen oder geschlossen? offen geschlossen

SPRACHFEHLER

Besteht ein Sprachfehler? Ja Nein

Wenn ja, welcher?

Ist oder war Ihr Kind in logopädischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei wem?

Wird Ihr Kind speziell gefördert (Ergotherapie) etc.? Ja Nein

HEIMISCHE ZAHNPFLEGE

Wie putzt Ihr Kind seine Zähne? manuell elektrisch

Wird beim Zähneputzen fluoridhaltige Zahncreme verwendet? Ja Nein

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese ein? Ja Nein

TRINKGEWÖHNHEITEN

Welche Getränke nimmt Ihr Kind vorwiegend zu sich?

Ungesüßte Getränke

Gesüßte Getränke

Sonstiges: _____

ZAHNARZTBESUCH

Wann war der letzte Zahnarztbesuch Ihres Kindes? (Monat/Jahr)

Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch?

ANGST

Hat Ihr Kind schon einmal schlechte Erfahrungen
bei einem Zahnarzt gemacht? Ja Nein

Sind Sie einverstanden, dass Sie den Behandlungsraum
verlassen, wenn Ihr Kind bei einfachen, schmerzfreien
Maßnahmen (z. B. Zähneputzen oder Zähne anschauen)
nicht mitarbeiten will? Ja Nein

BERATUNG

Möchten Sie an das Vorsorgeprogramm erinnert werden?
(Wenn ja, werden Sie schriftlich benachrichtigt.) Ja Nein

KINDERARZT

Name und Anschrift des Kinderarztes:

FRAGE ZUM ABSCHLUSS

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Familie / Freunde / Bekannte
 Überweiser

Internetseite

Google

Jameda

Sonstiges: _____

ANAMNESEBOGEN KIDS

Nochmals vielen Dank für das sorgfältige Ausfüllen des Fragebogens. Sollte Ihnen das Beantworten der Fragen in einem der Punkte Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte direkt darauf an.

Sollte sich der Gesundheitszustand meines Kindes, ggf. verbunden mit der Einnahme von Medikamenten, ändern, werde ich als Erziehungsberechtigte/r dies selbstverständlich der Zahnarztpraxis Zahnlab mitteilen.

DATENSCHUTZ

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt bzw. meine Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf/dürfen. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung fehlerhafter Daten, auf Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

- Ich willige ein
- Ich willige nicht ein

Datum, Unterschrift des Arztes

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten