

# Anamnesebogen Kind 0 - 10 Jahre



Name

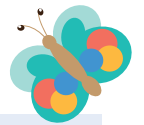
Vorname

geboren am

Geburtsort

Erziehungsberechtigter  Mutter  Vater  abweichende Person  getrennt lebend

Hauptversicherter  Mutter  Vater  abweichende Person



Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ / Ort

geboren am

Telefon

Mobil

E-Mail

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS / E-Mail  
Ich erteile mein Einverständnis, mich ggf. per  
 SMS oder  E-Mail an die Termine zu erinnern.

Krankenkasse

privat versichert  beihilfeberechtigt  gesetzlich versichert  Zusatzversicherung

Überweiser Name

Überweiser Anschrift

## Besteht eine der folgenden Krankheiten?

Wenn ja, welche?

Herzerkrankungen, Herzfehler, Herzgeräusche  Ja  Nein

Tumore  Ja  Nein

Angeborene Erkrankungen  Ja  Nein

Fehlende Impfungen?  Ja  Nein

Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis, TBC, HIV  Ja  Nein

Sonstige Krankheiten/Auffälligkeiten  Ja  Nein

Nachgewiesene Allergien  Ja  Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Hauptversicherter

Überweiser

Krankheiten



Asthma  Ja  Nein

Chronische Bronchitis  Ja  Nein

Liegt ein Endokarditispass (Herzpass) vor?  Ja  Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)  Ja  Nein

Geistige Entwicklungsverzögerung  Ja  Nein

Lernschwäche/AD(H)S  Ja  Nein

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein

Epilepsie, Fieberanfälle  Ja  Nein

Hörprobleme  Ja  Nein

Sehprobleme  Ja  Nein

Vitamin B12-Mangel  Ja  Nein

Nierenerkrankungen  Ja  Nein

Krankheiten

**Covid - 19:** Besteht eine akute oder durchgemachte, bestätigte Covid- 19 Erkrankung ihres Kindes oder einer mit im Haushalt lebenden Person?  Ja  Nein  
(Bitte geben Sie Veränderungen zukünftig vor Betreten der Praxis telefonisch an!)

Covid

Ja,

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?  Positiv 😊  neutral 😐  ängstlich 😞  erster Zahnarztbesuch

Gab es bei den vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, dass Ihr Kind gestört hat?

Was ist der Grund des heutigen Besuches?

Bestehen oder bestanden Lutschgewohnheiten (Daumen, Schnuller)?  Ja  Nein

Wird/wurde Ihr Kind gestillt?  Ja  Nein

Bekommt Ihr Kind Fluoride?  Ja  Nein

Bekommt Ihr Kind die Flasche?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

wann?

Wer putzt die Zähne Ihres Kindes?  Elternteil  Kind putzt alleine  zusammen

Werden die Zähne Ihres Kindes mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta geputzt?  500 ppm  1000 ppm  1400 ppm  Elmex Gelee (1x wöchentlich)  nein

Was ist das Hauptgetränk Ihres Kindes?

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Freunde/ Bekannte  Hauszahnarzt  Internet  Zeitung/ Flyer

#### Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder diese spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, für versäumte und nicht abgesagte Termine, die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen, und zwar mit 30 € pro halber Stunde.

#### Datenschutzhinweise

Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist für die Behandlung im Gesundheitsbereich nach Art. 6 Abs. 1b, 9 Abs. 2 h DSGVO zulässig. Es bedarf daher keiner gesonderten Einwilligung des Patienten.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden sie in unserer Patienteninformation, auf unserer Webseite oder sprechen Sie uns einfach dazu an.

Datum, Unterschrift (erziehungsberechtigte Person)

Ihr Besuch bei uns