

# Anamnesebogen Jugendlicher 10 – 18 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

Sind Sie schwanger?

Ja

Nein

Woche

## 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

bitte wenden >

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

**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!)

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?

Bekommt Ihr Kind Fluoride?  Ja  Nein Wird/wurde Ihr Kind gestillt?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Werden die Zähne Ihres Kindes mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta geputzt?  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)

Covid

Ihr Besuch bei uns