Zahnarzt Dr. med. dent.
Michael Salzberger
Bahnhofstr. 1
93413 Cham

Anamnesebogen für Kinder

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis! Um Ihrem Kind eine optimale Behandlung bieten zu können, benötigen wir vorab einige Informationen von Ihnen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Patient·in

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitversichert bei

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Kontaktdaten beider Elternteile

1 Name, Vorname _____

Telefon privat _____ Telefon Arbeit _____ mobil _____ E-Mail _____

2 Name, Vorname _____

Telefon privat _____ Telefon Arbeit _____ mobil _____ E-Mail _____

Name und Anschrift der Kinderärztin/des Kinderarztes

_____

Wer hat Ihnen uns empfohlen?

_____

Falls erforderlich: Einverständnis zu einer örtlichen Betäubung

Sollten Sie noch Fragen zu Anästhesiemaßnahmen sowie -risiken haben, besprechen wir dies gerne noch einmal persönlich mit Ihnen.

Ich wurde über die geplanten Anästhesiemaßnahmen aufgeklärt, habe sie verstanden und bestätige dies durch meine Unterschrift:

_____

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte·r

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes ☐ ja ☐ nein
Allergien? ☐ ja ☐ nein
Welche?

_____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?
☐ ja ☐ nein
Welche? _____
Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung?
☐ ja ☐ nein
Warum? _____
Nimmt Ihr Kind Fluoridtabletten ein? ☐ ja ☐ nein

Hat/hatte Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen:

Einschränkung der Sehkraft? ☐ ja ☐ nein
Einschränkung des Gehörs? ☐ ja ☐ nein
Gelbsucht ☐ ja ☐ nein
Herzerkrankung ☐ ja ☐ nein
Lunge/Asthma ☐ ja ☐ nein
Diabetes ☐ ja ☐ nein
Nierenerkrankungen ☐ ja ☐ nein
Krampfanfälle ☐ ja ☐ nein
ADHS/ADS ☐ ja ☐ nein
Angstzustände ☐ ja ☐ nein
Blutgerinnungsstörung ☐ ja ☐ nein
Sonstige Erkrankungen?

Ernährung/Essgewohnheiten:

☐ überwiegend süß
☐ Obst
☐ gemischt
☐ Fast food
☐ deftig
☐ isst wenig
☐ isst viel
☐ unkontrolliert
Lieblingsessen: _____

Fluoridiertes Speisesalz ☐ ja ☐ nein
☐ Fruchtsäfte
☐ Limonaden
☐ Mineralwasser
☐ Tee gesüßt
☐ Tee ungesüßt

Familienanamnese:

Sind bei den Geschwistern oder Eltern Erkrankungen im Zahnbereich bekannt, z. B. Parodontose?
☐ ja ☐ nein

Zahnmedizinische Anamnese:

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?
Welche: Daumen/Finger ☐ ja ☐ nein
Schnuller ☐ ja ☐ nein
Sonstiges? _____
Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ☐ ja ☐ nein
Hat Ihr Kind Beschwerden? ☐ ja ☐ nein
Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

_____

Erster Besuch beim Zahnarzt?

_____

Wurden bei Ihrem Kind bereits zahnärztliche Behandlungen durchgeführt, z. B. Füllungen?
☐ ja ☐ nein
Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein
Wurden aktuelle Röntgenbilder von den Zähnen angefertigt? ☐ ja ☐ nein
Sollen wir Ihr Kind halbjährlich an die Zahnvorsorgeuntersuchung erinnern?
☐ ja ☐ nein

Ihre Angaben werden von uns teilweise elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bedingungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht.
Bitte teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes Ihres Kindes und Änderungen Ihrer Adresse mit.

Herzlichen Dank! Ihr Praxisteam

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben:

_____

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte·r