

ANAMNESEBOGEN 6. - 14. LEBENSJAHR

Liebe Eltern bzw. Erziehungsberechtigte,

um für Ihr Kind eine individuelle, adäquate und risikoarme Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes.

Bitte füllen sie diesen Bogen vollständig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte etwas unklar sein, fragen Sie uns.

Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

PERSÖNLICHE DATEN

Name / Vorname (Patient / in)

Geburtsort, - datum

Name / Vorname (Versicherter)

Geburtsort, - datum

Str. / Hausnr.

PLZ / Ort

Tel. privat

Tel. mobil

E-Mail-Adresse

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Name Kinderarzt/-ärztin

Ort Kinderarzt/-ärztin

Tel. Kinderarzt/-ärztin

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEI DER BEHANDLUNG MINDERJÄHRIGER

Hat die Patientin/der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Name / Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

Str. / Hausnr.

PLZ / Ort

Datum



Unterschrift

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

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN BZW. UNTERSTREICHEN

- 4
- Nein Ja Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? _____
Ja, welche...
- Nein Ja Hat Ihr Kind Allergien? _____
Ja, welche...
- Nein Ja Leidet es an Asthma oder Heuschnupfen?
- Nein Ja Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?
- Nein Ja Hat ihr Kind eine Herzerkrankung? _____
Ja, welche...
- Nein Ja Hatte ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?
- Nein Ja Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes)?
- Nein Ja Hat Ihr Kind Schilddrüsen-, Nieren- oder Lebererkrankung?
- Nein Ja Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?
- Nein Ja Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? _____
Andere Erkrankungen?
- Nein Ja Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?

SPEZIELLE ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

- 5
- Nein Ja Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?
- Nein Ja Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?
- Nein Ja Dürfen wir im Zuge der individuellen Prophylaxemaßnahmen dem jeweiligen Alter angepasste Fluoridhaltige Zahnpflegeprodukte applizieren?
- Nein Ja Sind Sie damit einverstanden, wenn bei Behandlungen (z. B. zur Bissdokumentation) Fotos der Zähne Ihres Kindes mithilfe einer intraoralen Kamera gemacht werden (reine Dokumentation, keinerlei Veröffentlichung)?
- Nein Ja Wenn bei Ihrem Kind Karies entfernt oder ein Milchzahn gezogen wird, benötigen wir in aller Regel eine lokale Betäubung. Dafür benötigen wir die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten. Hiermit willige ich zur lokalen Betäubung, wenn medizinisch notwendig, ein:
- Nein Ja Hiermit willige ich –wenn medizinisch absolut notwendig – zur Röntgendiagnostik ein: