

ANAMNESEBOGEN 1. - 6. 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

Beruf

Krankenkasse / private Krankenversicherung

Arbeitgeber

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

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN BZW. UNTERSTREICHEN

Alter des Kindes (Monate) _____

Muttersprache _____

- 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?
- 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

Wie oft werden die Zähne geputzt?

- Gar nicht 1 x täglich 2 - 3 x täglich

Putzt ihr Kind allein die Zähne? Putzen Sie aktiv nach?

- Allein Es wird nachgeputzt

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

- Gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta Kinderzahnpasta mit Fluorid

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

- Ja Nein

Was bekommt Ihr Kind zuhause/in der Krippe/Kita zu trinken?

Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr bis 8 Uhr) etwas zu trinken?

- Ja Nein

Welche Schnuller- bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

- Daumenlutschen Fingerlutschen Schnuller Häufig nur zum Einschlafen

Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?

- Ja Nein

Dürfen wir im Zuge der individuellen Prophylaxemaßnahmen dem jeweiligen Alter angepasste Fluoridhaltige Zahnpflegeprodukte applizieren?

- Ja Nein

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)

- Ja Nein

