

Kinderanamnesebogen

Für eine risikoarme Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten ist gemäß Art. 6 Abs. 1b EU-DSGVO und Art.9 2h EU-DSGVO notwendig und zulässig. Sie erfolgt in unserer Praxis nach geltendem Recht. Bitte informieren Sie sich in den ausliegenden Informationen über die Erfassung Ihrer personenbezogenen Daten.

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am : _____

Anschrift: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Privat zahnärztlich zusatzversichert? ja [] nein [] Liegt ein Pflegegrad vor? _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Besteht Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden?

ja () nein ()

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

telefonisch () schriftlich () per E-Mail ()

Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Wir bitten Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, telefonisch oder per Mail unter post@zahnarzt-koepenick.de mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei wiederholten Terminversäumnissen, sind wir berechtigt, eine Gebühr zu erheben und privat in Rechnung zu stellen.

Allgemeine Fragen

Grund des heutigen Zahnarztbesuchs _____

Besteht Zahnarztangst? Wovor genau? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Bisheriger Zahnarzt _____

Kinderarzt _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? ja () nein ()

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/ Kieferbereich? ja () nein ()

Entwicklung des Kindes

Verlief die Schwangerschaft normal? ja () nein ()

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja () nein ()

Allergien? Ja () nein ()

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja () nein ()

Wenn ja, welche? _____

Ist Ihr Kind entsprechend den Empfehlungen geimpft? ja () nein ()

Trifft eine der nachfolgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

Hat Ihr Kind Einschränkungen der Sehkraft/ des Gehörs? ja () nein ()

Herzerkrankungen/ Herzfehler ja () nein ()

Wenn ja, welche? _____

Diabetes ja () nein ()

ADHS/ ADS ja () nein ()

Anfallsleiden ja () nein ()

Spastik ja () nein ()

Schilddrüsenerkrankung ja () nein ()

Nierenerkrankung ja () nein ()

Lungenerkrankung/ Asthma ja () nein ()

Erkrankungen des Blutes ja () nein ()

Blutgerinnungsstörungen ja () nein ()

Lebererkrankung/ Gelbsucht	ja ()	nein ()
Rheuma	ja ()	nein ()
Magen/ Darmerkrankung	ja ()	nein ()
Immunschwäche	ja ()	nein ()
Angstzustände	ja ()	nein ()

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind? _____

Hatte Ihr Kind sonstige Erkrankungen? _____

Ernährung/ Essgewohnheiten

überwiegend süß	ja ()	nein ()
Obst	ja ()	nein ()
Fast Food	ja ()	nein ()
Limonaden, Fruchtsäfte	ja ()	nein ()
Mineralwasser	ja ()	nein ()
Tee gesüßt	ja ()	nein ()
Tee ungesüßt	ja ()	nein ()

Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten ja () nein ()

Wenn ja, welche? _____

Putzt Ihr Kind die Zähne allein? Ja () nein ()

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag? _____

Verwendet Ihr Kind fluorhaltige Zahnpasten/ Mundspüllösungen? ja () nein ()

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja () nein ()

Wenn ja, bei wem? _____

Vorsorgeuntersuchungen/ Zahnputzschule

Dürfen wir Ihr Kind an regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erinnern? ja () nein ()

Anamnese der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja () nein ()

Neigen Sie zu Karies? ja () nein ()

Haben Sie Zahnstein/ Zahnfleischbluten? ja () nein ()

Haben Sie Zahnarztangst? ja () nein ()

Zahnarztpraxis
Carola und Dr. Gregor Behrbohm
Fürstenwalder Damm 286
12587 Berlin

Tel.: (030) 6451150 Mail: post@zahnarzt-koepenick.de

Einverständnis bei medizinischer Notwendigkeit, nach vorheriger Absprache, für folgende Behandlungen

Individualprophylaxe	ja ()	nein ()
Fluoridierung	ja ()	nein ()
Füllungstherapie	ja ()	nein ()
Versiegelung der Fissuren und Grübchen	ja ()	nein ()
Kunststofffüllungen mit Zuzahlung im Alter von 15-18 Jahren nach vorherigem Kostenvoranschlag	ja ()	nein ()
Röntgenaufnahmen	ja ()	nein ()
Lokalanaesthesie	ja ()	nein()
Extraktion von Milchzähnen oder bleibenden Zähnen auf Grund kieferorthopädischer Notwendigkeit nach vorheriger Absprache	ja ()	nein ()

Vollmacht, unser Kind zu begleiten und uns in der Therapieentscheidung zu vertreten erteilen wir folgenden Personen:

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Röntgenbilder werden von uns im Bedarfsfall entsprechend der Datenschutzverordnung verschlüsselt übermittelt.

Wünschen Sie dies nicht, sprechen Sie uns bitte an.

Für Terminvereinbarungen oder Absprachen, rufen Sie uns bitte unter **(030) 6451150** an.

Datum:

Unterschrift: