

Anamnese KIDS

Liebe Eltern,

das Centrum für Dentale Gesundheit MVZ GmbH freut sich sehr, Ihre Familie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie sich einen Moment Zeit zu nehmen, um den Anamnesebogen auszufüllen. Er hilft uns Ihr Kind und Sie besser kennenzulernen und trägt zur optimalen Vorbereitung der Behandlung und Betreuung bei.

Persönliche Angaben

Kind: weiblich männlich
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mutter:
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Beruf _____

Vater:
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Beruf _____

Straße _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon privat _____ Telefon gesch. _____

Mobil _____ E-Mail _____

Wer ist der Erziehungsberechtigte? Mutter Vater beide

Wer ist Ihr Hauszahnarzt? _____

Versicherung

Kind Krankenkasse: Wie ist ihr Kind versichert? gesetzlich privat freiw. gesetzlich

Über wen ist ihr Kind versichert? Mutter Vater sonstiges

Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

1. Zahnarztbesuch Routinekontrolle

Schmerzbehandlung Putzschule

sonstiges: _____

Allgemeine Gesundheitsfragen:

- Allergien (nachgewiesen) ja nein Welche? _____
- Atemwegserkrankungen (Asthma) ja nein Welche? _____
- Blutgerinnungsstörungen ja nein Welche? _____
- Diabetes (Zucker) ja nein Welche? _____
- Epilepsie (Krampfanfälle) ja nein Welche? _____
- Erkrankung der Nieren oder Leber ja nein Welche? _____
- Geistige Behinderung oder Beeinträchtigung ja nein Welche? _____
- Herzerkrankungen ja nein Welche? _____
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC) ja nein Welche? _____
- Lernschwäche / ADS / ADHS ja nein Welche? _____
- Sprach-, Hör-, und / oder Sehprobleme ja nein Welche? _____
- Nimmt ihr Kind Medikamente? ja nein Welche? _____
- War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus? (außer bei der Geburt) ja nein Welche? _____
- Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? ja nein Wenn ja, welchen? _____

Zahnmedizinische Gesundheitsfragen:

- Wann bekam Ihr Kind den ersten Zahn? _____
- War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? ja nein Warum? _____
- Welche Einstellung hat Ihr Kind zum Zahnarzt? neutral ängstlich negative Erfahrung
- Hat Ihr Kind aktuell Zahnschmerzen? ja nein
- Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund/ Kiefer-/Gesichtsbereich? ja nein
- Nimmt Ihr Kind einen Schnuller oder Daumen? ja nein Bis zu welchem Alter? _____
- Gibt es bereits Röntgenaufnahmen vom Mund? ja nein Datum: _____
- War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus? (außer bei der Geburt) ja nein Welche? _____

Ernährungs- und Putzgewohnheiten:

- Wurde Ihr Kind gestillt? ja nein Wie lange? _____
- Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? ja nein nachts zum Einschlafen
- Wie oft isst Ihr Kind Süßes? täglich ____ x/ Woche täglich
- Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach? 2x täglich 1x täglich nie
- Geben Sie Ihrem Kind Fluorid Präparate? Zahnpasta Gel Fluorid-Tabletten

Anamnese der Eltern:

- Allergien (nachgewiesen) ja nein Welche? _____
- Medikamentenunverträglichkeiten ja nein Welche? _____
- Neigen Sie zu Karies? ja nein

Feedback

- Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Familie Freunde Arzt-Empfehlung Jameda Internet
- sonstiges _____

Ich möchte am Recall-System der Praxis teilnehmen, um dadurch an meine Termine erinnert zu werden. Dafür stimme ich der Speicherung bestimmter Daten (E-Mail Adresse, Telefonnr., Mobilnr.) durch die Praxis zu.
(Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher freiwilliger Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und erkläre mich einverstanden, zur Verarbeitung meiner Daten gemäß Informationspflichten nach Art. 13, Art. 14 EU-DSGVO. Mir ist bekannt, dass ergänzende datenschutzrechtliche Angaben auf unserer Homepage (siehe unten) zu finden sind.

 Ort, Datum Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihre Bemühungen! Ihr Centrum für Dentale Gesundheit MVZ GmbH.