

## Kinder - Anamnesebogen

### Patient:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

### Versicherter:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift: PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Beruf, Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Erziehungsberechtigt

**Vater:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_ oder

**Mutter:** Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Beide**

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt  zusätzlich versichert  freiwillig versichert

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Anschrift des Kinderarztes: Strasse, Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Situation

### Zahn-Mund-Situation

	ja / nein		ja / nein
Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten ?		War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Asthma, Atemnot	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Wenn ja, bei wem sind Sie in Behandlung _____	
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt? _____	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt _____	
Genetische Erkrankungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Tumore	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		
Allergien? Wenn ja, welche? _____			
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein ?			
Wenn ja, welche? _____			

## Fragen zu Ernährung und Zahnpflege

### Ihr Kind putzt die Zähne:

- bisher noch nicht
- nicht regelmäßig
- 1x  2x  3x täglich
- ohne Zahnpasta
- mit Kinderzahnpasta
- mit Erwachsenenzahnpasta

### Die Zahnreinigung Ihres Kindes erfolgt:

- bereitwillig
- mit Widerstand
- wechselhaft
- Durch das Kind
- mit Hilfe der Eltern
- nur durch die Eltern

### Die Zähne werden gepflegt mit:

- Handzahnbürste für Kinder
- Handzahnbürste für Erwachsene
- Elektrische Zahnbürste
- Zahnseide  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Trinkgewohnheiten:

- aus der Flasche  tagsüber  nachts
- aus Becher/Tasse/Glas
- Milch  Kakao  Wasser
- Softdrinks/Fruchtsaft  Fruchtschorlen

### BITTE BEACHTEN SIE DIE FOLGENDEN DINGE, DIE ZU EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG BEITRAGEN:

- > Kommen Sie bitte 5 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, in Ruhe anzukommen.
- > Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
- > Vermeiden Sie Angstbegriffe wie "Schmerz", "Spritze", "tapfer", "es ist nicht so schlimm", "Du brauchst keine Angst zu haben" etc.

Vielen Dank

---

Datum

Unterschrift

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt.

Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir deshalb, rechtzeitig ( d. h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.