

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen so sorgfältig wie möglich aus. Die zum Teil sehr persönlichen Informationen benötigen wir, um Ihr Kind bestmöglich zu behandeln. Wir möchten Ihr Kind dabei unterstützen, in einer angst- und stressfreien Atmosphäre betreut zu werden. Somit können wir mögliche Risiken und Komplikationen von Anfang an vermeiden.

Name des Kindes _____ Spitzname _____ Geburtstag _____

Gewicht _____ Kinderarzt _____

Angaben zum Erziehungsberechtigten:

Vorname _____ Nachname _____ Geb. am _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon, privat _____ Telefon, geschäftlich _____ Fax _____

E-Mail _____ Beruf _____ Beschäftigt bei _____

Versicherte/r _____ Geb. am _____

| | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|----|------|---------------------------|----|------|
| Krankenkasse _____ | Gesetzlich versichert | ja | nein | Freiwillig versichert | ja | nein |
| | Privat versichert | ja | nein | Privat versichert (Basis) | ja | nein |
| | Beihilfeberechtigt | ja | nein | | | |

Bitte beantworten sie die folgenden Fragen, dem Alter ihres Kindes entsprechend:

Was ist der primäre Grund für ihren heutigen Besuch? _____

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? ja nein Diagnose: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente? ja nein Wenn ja, welche? _____

1 Hat Ihr Kind Allergien?

1.1 Latex ja nein

1.2 Metalle ja nein

1.3 Nahrungsmittel ja nein

1.4 Medikamente ja nein

1.5 Einzelne Reaktionen auf/bei Allergien ja nein



Name _____

2 Mundhygiene Alter (0-9 Jahre)

- 2.1 Wurde ihnen jemals gezeigt, wie sie die Zähne ihres Kindes putzen sollen? ja nein
- 2.2 Mein Kind putzt _____ mal am Tag.
- 2.3 Benutzt ihr Kind Zahnseide? _____

3 Fluoridversorgung (jedes Alter):

- 3.1 Wann haben sie bei ihrem Kind begonnen, Zahnpasta zu verwenden? _____
- 3.2 Wie oft am Tag? _____
- 3.4 Wer trägt die Zahncreme auf die Zahnbürste auf? _____
- 3.5 Bekommt/bekam ihr Kind fluoridhaltige Tabletten? _____

4 Ernährungsgewohnheiten (Alter 0-2,5 Jahre)

- 4.1 Wie lange hat ihr ausschließlich Kind aus der Flasche getrunken? _____
- 4.2 Wie lange hat ihr Kind ab und zu aus der Flasche getrunken? _____

5 Gewohnheiten (jedes Alter):

- 5.1 Ihr Kind nuckelt am Daumen _____ / Finger _____ / Schnuller _____
- 5.2 Wann, wo und wie oft? _____
- 5.3 Kaut ihr Kind an den Fingernägeln? _____
- 5.4 Atmet ihr Kind hauptsächlich durch den Mund? _____

Zahntwicklung (jedes Alter):

Gibt es in ihrer Familie Fälle von

- Fehlbissen _____
- fehlenden Zähnen _____
- überzähligen Zähnen _____
- Karies _____
- Parodontitis _____
- Andere Probleme _____

Hatte Ihr Kind jemals eine Zahnsperre, Retainer, Lückenhalter oder generell eine kieferorthopädische Behandlung? ja nein



Mein Kinderlachen

Zahnärztliche Praxis Patrick Busch

Kinder- und Jugendzahnmedizin

Name

5 Hatte Ihr Kind jemals eine der folgenden Krankheiten oder wurde eine davon jemals diagnostiziert?

- 5.1 Anämie ja nein
- 5.2 Bluterkrankungen ja nein
- 5.3 Bluttransfusionen ja nein
- 5.4 Schnell und oft blaue Flecken ja nein
- 5.5 Asthma ja nein
- 5.6 Atemwegserkrankungen ja nein
- 5.7 Herzoperationen ja nein
- 5.8 Herzfehlbildungen ja nein
- 5.9 Bluthochdruck ja nein
- 5.10 Rheuma ja nein
- 5.11 Aids/HIV ja nein
- 5.12 Krebs/Tumore ja nein
- 5.13 Chronische Erkrankungen ja nein
- 5.14 Diabetes ja nein
- 5.15 Epilepsie ja nein
- 5.16 Hepatitis/Lebererkrankungen ja nein
- 5.17 Nierenerkrankungen ja nein
- 5.18 Transplantate ja nein
- 5.19 Angeborene Dysfunktionen ja nein
- 5.20 Kindesmissbrauch ja nein
- 5.21 Gehirnerschütterung ja nein
- 5.22 Wachstumsprobleme ja nein
- 5.23 Frühgeburt ja nein
- 5.24 Operationen ja nein
- 5.25 Syndrome ja nein
- 5.26 Arthritis ja nein
- 5.27 Knochenerkrankungen ja nein
- 5.28 Kopfschmerzen ja nein
- 5.29 Stoffwechselerkrankungen ja nein
- 5.30 Muskelerkrankungen ja nein
- 5.31 Gehirnverletzungen ja nein
- 5.32 Entwicklungsverzögerung ja nein
- 5.33 Gehör-/Sprachprobleme ja nein
- 5.34 Hyperaktivität/ADHD ja nein
- 5.35 Neurologische Erkrankungen ja nein



Mein Kinderlachen

Zahnärztliche Praxis Patrick Busch
Kinder- und Jugendzahnmedizin

Name _____

Familiärer Hintergrund (jedes Alter):

Bekommt ihr Kind in irgendeiner Form therapeutische Unterstützung? _____

Bisherige Impfungen: _____

Ist ihr Kind je stationär im Krankenhaus behandelt worden? ja nein Wenn ja, warum? _____

Hatte Ihr Kind jemals eine traumatische Kopfverletzung? _____

Hatte Ihr Kind jemals eine traumatische Verletzung im Mund-/Zahnbereich? _____



Name

Empfehlung:

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

- persönliche Empfehlung durch _____
- Überweisung durch _____
- Telefonbuch _____
- Internet _____
- Sonstige _____

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

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

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

