



## Anamnesebogen für Kinderpatienten

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Patient (Familienversichertes Mitglied) | Hauptversichertes Mitglied |
| Name:                                   | Name:                      |
| Vorname:                                | Vorname:                   |
| Geburtsdatum:                           | Geburtsdatum:              |
| Straße:                                 | Straße:                    |
| Wohnort:                                | Wohnort:                   |
| Tel.:                                   | Tel. Privat:               |
|   | Mobil:                     |
|   | Email:                     |

|   |  |
|---|--|
| Erziehungsberechtigte*: Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonstige:  |  |
| Überweisung von: Hauszahnarzt <input type="checkbox"/> Kinderarzt <input type="checkbox"/> selbst ausgesucht <input type="checkbox"/> sonstiges:                  |  |
| Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?  |  |
| Wurde Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt?  | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  |
| Falls ja, wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?  | <input type="checkbox"/> kooperativ<br><input type="checkbox"/> ängstlich, Behandlung war aber möglich<br><input type="checkbox"/> Behandlungsverweigerung |
| Bei welchen Zahnärzten war Ihr Kind bereits in Behandlung?  |  |
| Gibt es „Schlüsselreize“ für Ihr Kind im Zusammenhang mit der Zahnbehandlung (z.B. gezielte Angst vor Spritzen) oder liegen Besonderheiten (z.B. Würgereize) vor? | <input type="checkbox"/> ja , welche?<br><br><input type="checkbox"/> nein   |
| Wann war der letzte Zahnarztbesuch?   |  |
| Kinderarzt:   |  |
| Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  |  |
| Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/ Kieferbereich?  |  |

**\*Bei Änderungen der Erziehungsberechtigten bitten wir um zeitnahe Bekanntgabe bei den Mitarbeitern, da eine zahnärztliche Behandlung nur unter Zustimmung aller Erziehungsberechtigten stattfinden kann.**

Bitte wenden.

**Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?**

- |                                |                          |                              |                          |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Asthma                         | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose                  | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit                | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankungen/ Gelbsucht | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Rheuma/ rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> |
| Hörstörungen                   | <input type="checkbox"/> | Nervenerkrankungen           | <input type="checkbox"/> |
| Spastik                        | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankungen      | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen       | <input type="checkbox"/> | Immunschwäche (AIDS)         | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung               | <input type="checkbox"/> | Geistige Verzögerung         | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung               | <input type="checkbox"/> | Geistige Behinderung         | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Blutes        | <input type="checkbox"/> | Lernbehinderung              | <input type="checkbox"/> |
| Frühgeburt                     | <input type="checkbox"/> | Infektionskrankheiten        | <input type="checkbox"/> |
| Zölliakie                      | <input type="checkbox"/> |                              |                          |

War bzw. ist Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung? Ja  Nein

**Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?** Ja  Nein

Angeborene oder erworbene Herzfehler?

Herzoperationen

Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? Ja  Nein

Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, worauf? Ja  Nein

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja  Nein

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? Ja  Nein

Hatte es schwere Unfälle? Ja  Nein

War es schon einmal im Krankenhaus? Ja  Nein

Atmet Ihr Kind durch den Mund? Ja  Nein

**Es ist oft hilfreich, die Eltern näher kennen zu lernen, um sie gut beraten zu können. Daher werden nachfolgend diesbezüglich noch einige Fragen gestellt?**

Haben Sie weitere Kinder? Wenn ja, wie alt? Ja  Nein

Gibt es bei den Geschwisterkindern Besonderheiten (z.B. Krankheiten, Behinderungen etc.), die Sie für wichtig erachten? Wenn ja, welche? Ja  Nein

**Anamnese (Krankengeschichte) der Eltern:**

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja  Nein

Wenn ja, welche? Mutter:

Vater:

|                       |                   | <b>Mutter</b>               |                               | <b>Vater</b>                |                               |
|-----------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Neigen Sie zu:</b> | Karies            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|                       | Zahnstein         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|                       | Zahnfleischbluten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|                       | Zahnarztangst     | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Beruf der Mutter Beruf des Vaters

Leben die Eltern getrennt? Falls ja geben Sie bitte hier Namen, Anschrift und Telefonnummer des nicht anwesenden Elternteils( wenn erziehungsberechtigt) an.

Waren in letzter Zeit wichtige Veränderungen oder stehen diese in näherer Zukunft an (z.B. Umzug, berufliche Veränderungen)? Bitte zutreffendes unterstreichen oder ergänzen?

Eine **Absage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 24h vor der Behandlung** erfolgen.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen.