



/ ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis,

wir, das Praxisteam MAX23, möchten Ihnen und Ihrem Kind den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihrem Kind eine komplikationslose Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig und richtig zu beantworten. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unser Empfangsteam. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam MAX23

PATIENTENDATEN

Patient _____ Geburtsdatum _____
 Mutter _____ Geburtsdatum _____
 Vater _____ Geburtsdatum _____
 Anschrift _____
 Telefon (privat) _____ Telefon (geschäftlich) _____
 Mobil _____ Mobil (Kind) _____
 E-Mail _____
 Beruf (Mutter) _____ Beruf (Vater) _____

Wer ist erziehungsberechtigt? Mutter Vater
 Über wen ist das Kind versichert? Mutter Vater Kind selbst
 Name der Versicherung _____
 Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein
 Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? Ja Nein
 Haben Sie eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen? Ja Nein
 Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Bekannte Internet Überwiesen/Arzt _____
 Sonstiges _____
 Name Ihres Kinderarztes: _____

Bitte lesen Sie sich alle Fragen in Ruhe durch und kreuzen Sie Zutreffendes an:

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein
 Wenn ja, bei wem und wann? _____
 Wurde dort geröntgt? Ja Nein
 Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Ja Nein
 Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? Ja Nein
 Wenn ja, welches? _____
 Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? Ja Nein
 Was ist der Grund für den heutigen Besuch? _____

KIEFERORTHOPÄDISCHE ANAMNESE

Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch beraten? Ja Nein
 Wenn ja, bei wem und wann? _____
 War Ihr Kind schon einmal beim Logopäden? Ja Nein
 Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht? Ja Nein
 Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen? Ja Nein
 Leidet Ihr Kind an Knacken im Kiefergelenk? Ja Nein

Bitte wenden

ANAMNESE

- Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankungen? Herzpass seit? _____ Ja Nein
- Asthma oder Lungenerkrankungen/Schwierigkeiten bei der Atmung? Ja Nein
- Regelmäßiges Schnarchen mit Tagesmüdigkeit? Ja Nein
- Lernschwäche, Sprachprobleme oder geistige Behinderung/ Verzögerung? Ja Nein
- Leber- oder Nierenerkrankung? Ja Nein
- Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe? Ja Nein
- Spastik oder veränderter Muskeltonus? Ja Nein
- Hörprobleme/Taubheit oder Sehschwäche/Blindheit? Ja Nein
- Infektionserkrankungen wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? Ja Nein
- Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes? Ja Nein
- Blutgerinnungsstörungen (Blutet Ihr Kind länger als üblich)? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

- Leidet Ihr Kind an sonstigen Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja, an welchen? _____

- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein oder hat in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

- War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)? Ja Nein

- Fehlen Impfungen bei Ihrem Kind? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

HAT IHR KIND EINE DER FOLGENDEN GEWOHNHEITEN?

- Lippenbeißen Ja Nein
- Mundatmung Ja Nein
- Sprechstörungen Ja Nein

ERNÄHRUNGS- UND PUTZGEWOHNHEITEN

- Ist Ihr Kind gestillt worden? Wenn ja, wie lange? _____ Ja Nein

- Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? Ja Nein

- Wenn ja, wie lange? _____ Immer noch Morgens Zum Einschlafen

Was trinkt Ihr Kind aus der Flasche? _____

Was ist das Hauptgetränk Ihres Kindes? _____

Wie oft am Tag isst Ihr Kind Süßes? _____

Wie viele Zwischenmahlzeiten nimmt Ihr Kind pro Tag zu sich? _____

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne? _____

- Putzt Ihr Kind schon alleine Zähne? Ja Nein

- Geben Sie Ihrem Kind Flouridpräparate? Ja Nein Fluoridtabletten Fluoridiertes Speisesalz Fluoridierte Zahnpasta

ANAMNESE DER ELTERN

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? Mutter _____ Vater _____

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? Mutter Ja Nein Vater Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Neigen Sie zu Zahnstein Karies Zahnfleischbluten

UNSER SERVICE FÜR SIE

Wir bieten Ihnen eine kostenlose Terminerinnerung per SMS an. Wünschen Sie diese? Ja Nein

Bitte erinnern Sie mich auch an unseren nächsten Kontrolltermin. Ja Nein

Dürfen wir Ihnen Informationen über unsere Praxis und Aktionen übersenden? Ja Nein

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt:

Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme zu, dass meine persönlichen und behandlungsbezogenen Daten bzw. die Daten meines Kindes sowohl für die kinderzahnärztliche Praxis als auch für die kieferorthopädische Praxis von MAX23 zugänglich sind. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

