



## / 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 \_\_\_\_\_

