



/ 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 _____
Elternteil 1 _____ Geburtsdatum _____
Elternteil 2 _____ Geburtsdatum _____
Anschrift _____
Telefon (privat) _____ Telefon (geschäftlich) _____
Mobil _____ Mobil (Kind) _____
E-Mail _____
Beruf (Elternteil 1) _____ Beruf (Elternteil 2) _____

Wer ist erziehungsberechtigt? Elternteil 1 Elternteil 2
Über wen ist das Kind versichert? Elternteil 1 Elternteil 2 Kind selbst
Name der Versicherung _____
Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein
Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? Ja Nein
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Google Facebook Überwiesen/Arzt _____
 Bekannte

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? _____

Name Ihres Kinderarztes: _____

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
- Trinkt ihr Kind aus der Flasche? Ja Nein

Wenn ja, was? _____

- Wenn ja, wann? morgens zum Einschlafen nachts

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 Fluoridpräparate? Ja Nein Fluoridtabletten Fluoridiertes Speisesalz Fluoridierte Zahnpasta

ANAMNESE DER ELTERN

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? Elternteil 1 _____ Elternteil 2 _____
- Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? Elternteil 1 Ja Nein Elternteil 2 Ja Nein
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Neigen Sie zu Zahnstein Karies Zahnfleischbluten

UNSER SERVICE FÜR SIE

- Wir bieten Ihnen eine kostenlose Terminerinnerung an (per Sms/postalisch/ Email). Wünschen Sie diese? 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, sowie in Form von Arztbriefen bei Bedarf weitergegeben werden können. Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit widerrufen kann. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte beachten Sie, dass Ihnen bei nicht eingehaltenen Terminen zur Behandlung oder Lachgasbehandlung, welche nicht 24h vorher abgesagt wurden, eine Gebühr über 80 € nach GOZ (§615.611 BGB) in Rechnung gestellt wird.

Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

