



ZAHNHEILKUNDE

IM ERLENHOF

Miriam Dierichsen

ANAMNESEBOGEN für unsere kleinen Patienten unter 6 Jahren

Liebe Eltern!

Bevor wir uns in Ruhe um die zahnmedizinischen Anliegen Ihres Kindes kümmern können, benötigen wir neben den Personalien auch Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand, Ernährungsgewohnheiten sowie zahnmedizinische Besonderheiten. Dies dient zum einen dazu, unsere Behandlung darauf abstimmen zu können und unnötige Risiken zu vermeiden. Zum anderen hilft es uns, ein individuelles Therapie- und Prophylaxe-Konzept für Ihr Kind aufzustellen, damit wir es optimal unterstützen und gemeinsam mit Ihnen die Mundgesundheit langfristig sichern können.

Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus und melden Sie uns zukünftig Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Daten Ihres Kindes

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____

Krankenkasse /private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basis-oder Standardtarif ja nein

Wer ist Haupt-Versicherungsnehmer?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ Tel. mobil _____

Wer ist der Haus- oder Kinderarzt?

Name _____ Ort _____

Telefon _____

Liegt ein Pflegegrad nach §15 SGB XI oder eine Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII vor? ja nein

Gibt es einen gesetzlichen Vertreter/Vormund? Wenn ja, wen? _____

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann der Behandlung selbst oder dem Einfluss der Lokalanästhesie oder anderen Medikamenten geschuldet sein.

Recall-Service

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an die Vereinbarung einer Vorsorgeuntersuchung oder eines Prophylaxe-Termins für Ihr Kind erinnert werden? ja nein

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? durch Empfehlung Zeitung Internet Sonstiges

Kann Ihr Kind einen Termin nicht einhalten? Dann geben Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher Bescheid, damit wir anderen Patienten oder Schmerzfällen diese Zeit einräumen können!

Bitte lesen und beachten Sie auch unsere Hinweise zur Datenverarbeitung, die für Sie an der Anmeldung ausliegen!

Warum suchen Sie bzw. Ihr Kind uns auf?

- Routinekontrolle Schmerzbehandlung Beratung Zweitmeinung Sonstiges

Hat Ihr Kind akute oder gelegentliche Zahnschmerzen? akut gelegentlich keine Schmerzen

War Ihr Kind in den letzten 2 Jahren in ärztlicher Behandlung (neben den Früherkennungsuntersuchungen) ja nein

Falls ja, aus welchem Grund? _____

Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislaufkrankungen

- Künstliche Herzklappe(n) ja nein
Angeborene Herzfehler ja nein
Endokarditis (Herzinnenwandentzündung) ja nein

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein

Bluterkrankungen

- Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein
Blutarmut (Anämie) ja nein
Hat Ihr Kind jemals Spenderblut oder Spenderorgane bekommen? ja nein

Weitere Erkrankungen der inneren Organe

- Atemwegserkrankungen/Asthma ja nein
Magen-Darm-Erkrankungen ja nein
Tumorerkrankungen/-operationen ja nein

Erkrankungen des Nervensystems

- Epilepsie/epileptiforme Anfälle ja nein

Infektionskrankheiten

- Tuberkulose ja nein
HIV/AIDS ja nein
Hepatitis ja nein

Bestehen andere Erkrankungen, die hier keine Erwähnung fanden? _____

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? ja nein

Falls ja, welche? _____

Bestehen Allergien (z.B. gegen Pflaster, Jod oder Medikamente)? ja nein

Falls ja, welche? _____

Ist ein Allergiepass vorhanden? ja nein

Gab es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? ja nein

Wie häufig werden Ihrem Kind die Zähne geputzt?

- gar nicht manchmal 1x täglich 2-3x täglich

Wer putzt Ihrem Kind die Zähne? Eltern Kind Eltern und Kind

Welche Zahnpasta verwenden Sie bei Ihrem Kind?

- Keine fluoridfreie Zahnpasta Kinderzahnpasta (500ppm Fluorid) Kinderzahnpasta (1000ppm Fluorid) Erwachsenenzahnpasta

Womit putzen Sie bzw Ihr Kind? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

Was trinkt Ihr Kind? Es wird noch ausschließlich gestillt Es erhält zusätzlich Getränke aus:
 der Flasche/Becher mit Trinkaufsatz
 der Tasse/Glas/Becher ohne Trinkaufsatz

Was trinkt Ihr Kind am häufigsten aus der Flasche/Becher/Tasse?

- Wasser ungesüßten Tee gesüßten Tee Säfte/Eistee Sonstiges
Schnullert Ihr Kind noch? nein ja, am Schnuller am Daumen an Schnuller und Daumen