

Kinder-Anamnesebogen

Liebe Eltern,
damit Ihr Kind eine möglichst angenehme Zahnbehandlung in unserer Praxis erfährt, benötigen wir für unsere Vorbereitung einige Informationen. Gerne möchten wir uns auf Ihr Kind einstellen und bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur der zahnärztlichen Behandlung.

Bitte teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes Ihres Kindes, der Versicherten-Verhältnisse und der Adresse mit.

Nach dem aktuell gültigen Datenschutzrecht (DSGVO) benötigen wir Ihre Datenschutzrechtliche Einwilligung zu unserer Datenschutzerklärung, die Sie jederzeit in unserer Praxis und auf unserer Homepage (www.zahnzukunft.de) einsehen können.

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten und denen meines Kindes durch die Zahnarztpraxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Meine Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Anschrift

Telefon / Handy (ggf. des Versicherten) /

Krankenkasse

gesetzlich Zusatzversichert privat krankenversichert beihilfeberechtigt

Angaben zum Versicherten bzw. Sorgeberechtigten

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Mein Kind geht in den Kindergarten die Schule

Grund des heutigen Zahnarztbesuchs? _____

Trifft eine der folgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Blutes |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung / Gelbsucht (Hepatitis) | |
| <input type="checkbox"/> Nervenkrankung | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung (chronisch) | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV) |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Geistige / körperliche Behinderung | |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? ja nein
 Herzoperation angeborener oder erworbener Herzfehler _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund? ja nein

Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt

- vom Kind selbst
- mit Hilfe der Eltern
- von den Eltern

Wann bzw. wie oft werden die Zähne geputzt?

- vor dem Frühstück
- nach dem Frühstück
- nach dem Mittagessen
- sofort nach dem Abendessen
- vor dem „Zu-Bett-Gehen“

Womit werden die Zähne gereinigt?

- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- Zahnseide / Zwischenraumbürstchen

Bekommt Ihr Kind eine kombinierte Rachitis-Karies-Prophylaxe (z. B. D-Flouretten)?

ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden? ja, ½ jährlich nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- auf Empfehlung von _____
- Internet (z. B. Jameda) _____
- andere Quelle _____

Datum _____

Unterschrift des Versicherten, ggf. des Sorgeberechtigten _____