

# Kinderzahnarzt



## Dr. Hohenwald

### Anamnesebogen für unsere Kinderpatienten

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer PLZ, Ort Tel./Email

Erziehungsberechtigter: Vater , Mutter , Sonstige:

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Krankenkasse/Versicherung: \_\_\_\_\_

Überweisung von Hausarzt , Kinderarzt , selbst ausgesucht , sonstiges \_\_\_\_\_

Grund des heutigen Zahnarztbesuches?

Besteht eine Zahnarztangst?

Bisheriger Zahnarzt:

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung?

Name des Kinderarztes:

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich?

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf ihr Kind zu?

• Asthma	• Tuberkolose
• Zuckerkrankheit (Diabetes)	• Lebererkrankungen/Gelbsucht
• Anfallsleiden (Epilepsie)	• Rheuma/rheumatisches Fieber
• Hörstörungen	• Nervenerkrankungen
• Spastik	• Magen-Darm-Erkrankungen
• Schilddrüsenerkrankung	• Immunschwäche (AIDS)
• Nierenerkrankung	• Geistige Behinderung
• Lungenerkrankung	• Lernbehinderung

Hat oder hatte ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?

- Angeborene oder erworbene Herzfehler
- Herzoperationen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Hat ihr Kind Allergien?

Wenn ja, worauf?

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Verlief die Schwangerschaft normal?

Verlief die Geburt normal?

Wenn nein, warum?

Ist ihr Kind schon einmal operiert worden?

Hatte es schwere Unfälle?

War es schon einmal im Krankenhaus?

Atmet Ihr Kind durch den Mund?

### **Anamnese der Eltern**

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Wenn ja, welche?

Mutter:

Vater:

Neigen Sie zu:

Karies

Vater:

Mutter:

Zahnstein

Vater:

Mutter:

Zahnfleischbluten

Vater:

Mutter:

Zahnarztangst

Vater:

Mutter:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Empfohlen durch: _____            | <input type="radio"/> Flyer            |
| <input type="radio"/> Anzeige (Tagesspiegel, Sonstiges) | <input type="radio"/> Auto             |
| <input type="radio"/> Internet                          | <input type="radio"/> Sonstiges: _____ |

Hinweis: Nicht alle Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen (z.B. Kunststofffüllungen), diese müssen privat getragen werden. Wir rechnen über ZA Abrechnungsgesellschaften ab.

Datenschutz: Ich willige in die Erhebung, in die elektronische Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Über meine Rechte als Patient wurde ich ausreichend informiert.

Ich versichere, dass ich die Fragen/Hinweise nach bestem Wissen beantwortet und zur Kenntnis genommen habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten