

AUFNAHMEBOGEN



Liebe Eltern,

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht unseres Teams und dienen ausschließlich dazu den Gesundheitszustand und die persönlichen Wünsche Ihres Kindes bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben helfen wir Ihnen gerne!

KIND / PATIENT

Name Vorname geboren am weiblich männlich

Straße/Nr PLZ/Ort

Ihr Kind geht in: eine Krabbelgruppe den Kindergarten die Schule/Klasse

ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

Mutter Vater beide

KIND IST VERSICHERT ÜBER

Mutter Vater

NAME DER KRANKENKASSE

.....

beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert Basistarif

MUTTER

Name Vorname geboren am

Straße/Nr PLZ/Ort

Telefon tagsüber mobil email

VATER

Name Vorname geboren am

Straße/Nr PLZ/Ort

Telefon tagsüber mobil email

BERUF DER ELTERN

Mutter Vater

KINDERARZT

Name/Ort

ÜBERWEISENDER ARZT

Name/Ort Überweisungsgrund

ICH MÖCHTE AN DIE NÄCHSTE KONTROLLUNTERSUCHUNG ERINNERT WERDEN (RECALL)

per Telefon per Email per SMS per Post

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

.....

ANAMNESE

BESTEHEN BZW. BESTANDEN BEI IHREM KIND FOLGENDE ERKRANKUNGEN?

(Bitte geben Sie bei „Ja“ jeweils weitere Details an)

- Reagiert Ihr Kind allergisch? Auf was? ja nein
↳ Gibt es einen Allergiepass? ja nein
- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Welche? ja nein
- Gibt es bekannte Medikamentenunverträglichkeiten bei Ihrem Kind? Welche? ja nein
- Befindet sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? Warum? ja nein
- Herzerkrankungen, -fehler oder – geräusche? Herzpass seit ja nein
- Chronische Bronchitis, Asthma, sonstige Lungenerkrankungen? ja nein
- Erkrankungen der Leber oder Niere? ja nein
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? ja nein
- Diabetes (Zuckerkrankheit) oder Stoffwechselerkrankungen? ja nein
- Bluterkrankungen (z.B. Blutungsneigung)? ja nein
- Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? ja nein
- Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle? ja nein
- Lernschwäche/ AD(H)S? ja nein
- Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung? ja nein
- Genetische Erkrankungen? ja nein
- Probleme beim Hören oder Taubheit? ja nein
- Probleme beim Sprechen? ja nein
↳ Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? ja nein
- Rheuma, rheumatisches Fieber? ja nein
- Magen-/Darmerkrankungen? ja nein
- Tumorerkrankungen? ja nein
- Vitamin B12-Mangel? ja nein
- Impfungen? Tetanus? ja nein
- Sonstige Krankheiten? ja nein
- Besonderheiten bei der Geburt Ihres Kindes? ja nein
↳ Frühgeburt Kaiserschnitt Zangengeburt
↳ Wann und welches Organ wurde zuletzt geröntgt (Röntgenpass) ja nein

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

- positiv neutral ängstlich erster Zahnarztbesuch

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? ja nein

↳ Wenn ja wann und bei wem war Ihr Kind in Behandlung?.....

Gab es bei den vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, das Ihr Kind gestört hat? Wenn ja, was?

..... ja nein

Was ist der Grund des heutigen Besuchs?

Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurde? ja nein

Betreibt Ihr Kind „gefährlichen“ Sport (z.B. Inliner, Hockey, Rugby etc.) ja nein

Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen? ja nein

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Seit wann? ja nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Bei wem? ja nein

Benutzt Ihr Kind flouridhaltige Zahnpasta ja nein

flouridhaltiges Speisesalz ja nein

Flouridtabletten (Zymaflour) ja nein

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?

- 1x tägl. 2x tägl. 3x tägl. öfter unregelmäßig (z.B. alle 2 Tage)

Wie oft helfen Sie Ihrem Kind dabei?



ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

- Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? ja nein
- Geben Sie bzw. gaben Sie Ihrem Kind die Flasche zu Trinken? ja nein
- ↳ morgens mittags abends nach
- ↳ Bis zu welchem Alter? Was war in der Flasche?
- Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich?
- Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten? ja nein

EINBLICKE IN DIE WELT IHRES KINDES:

- Lieblingbuch/-film/-serie: Hobbies:
- Lieblingsessen: Lieblingsgetränk:
- Lieblingsfarbe: Lieblingstier:
- Lieblingkuscheltier (bitte mitbringen, wenn Ihr Kind das möchte!):

WAS SOLLTEN WIR NOCH ÜBER IHR KIND WISSEN?

.....

.....

.....

.....

.....

ANAMNESE ELTERN

- Sind Sie gegen irgendetwas allergisch?
- Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen? Wenn ja welche?
- Sind Sie für Karies anfällig?
- Neigen Sie zu Zahnsteinbildung?
- Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Angst?

MUTTER

- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein

VATER

- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein
- ja nein

Ich bestätige, die Fragen zur Anamnese nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Dokumentation und praxisinterner Qualitätssicherung Fotoaufnahmen angefertigt werden. Diese Bilder unterliegen ebenso wie die übrigen Behandlungsdaten der zahnärztlichen Schweigepflicht. Ich versichere, jede relevante Veränderung meiner Angaben vor weiteren Behandlungen mitzuteilen.

.....

DATUM

UNTERSCHRIFT ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

