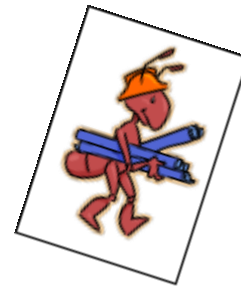




Zahnarztpraxis
Dr. Thomas Haack



WIR BEHANDELN UNSERE PATIENTEN SO, ALS OB WIR UNS SELBER BEHANDELN WÜRDEN.

Anamnesebogen-Kinder

Dieser Anmeldebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.

➤ **Persönliche Daten**

Patient

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift

Straße / Nummer _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon

privat _____ Handy _____ E-Mail _____

Familienversichert bei (versicherter Elternteil) Vater Mutter

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Krankenkasse _____ pflichtversichert freiwillig versichert privat

Hat Ihr Kind eine private Zusatzversicherung? Nein Ja Name der Versicherung _____

Sind Sie beihilfeberechtigt (bei privat)? Nein Ja

Erinnerung an den nächsten Vorsorgetermin Ihres Kindes Nein Ja

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

➤ **Allgemeine Anamnese**

Bestehen folgende Erkrankungen / Beschwerden (nur ankreuzen bei „ja“!)

Herzfehler- / Krankheit

Asthma

Diabetes

Nierenerkrankungen

Blutgerinnungsstörungen

Krampfanfälle

sonstige Erkrankung _____

Allergien wenn ja, welche _____

Infektionskrankheiten wenn ja, welche _____
z.B. Tuberkulose, Aids(HIV), Gelbsucht(Hepatitis)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? _____

Bitte wenden →

Wer ist Ihr Kinderarzt? _____

➤ **Zahnärztliche Anamnese**

Weshalb suchen Sie mit Ihrem Kind meine Praxis auf, was ist Ihr Hauptanliegen?

Wurden die Zähne im letzten halben Jahr geröntgt? Ja Nein
Hat Ihr Kind einen Röntgenpass? Ja Nein

Welche Erfahrungen hat Ihr Kind mit der zahnärztlichen Behandlung gemacht? keine, da erster Besuch
 hat bisher die Behandlung verweigert
 gute geht so
 schlechte

Hat Ihr Kind traumatische Erfahrung durch:

Schmerzen bei der Behandlung Festhalten Spritze
 Falsche Versprechen („Du brauchst keine Angst zu haben“/ „Es tut nicht weh!“)

➤ **Persönliche Angaben**

Haben Sie als Eltern Angst? Ja Nein

Hat Ihr Kind allg. Angst? Ja Nein



➤ **Zahnpflege**

Putzt Ihr Kind seine Zähne allein? Ja Nein
 Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben

Achim, _____

Unterschrift Eltern

Vielen Dank!