



**Zahnarztpraxis**  
Dr. Thomas Haack

## 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.

### 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 \_\_\_\_\_ Private Zusatzversicherung  Nein  Ja

Sind Sie beihilferechtigt (bei privat)?  Nein  Ja

Erinnerung an den nächsten Vorsorgetermin Ihres Kindes  Nein  Ja

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma   | <input type="checkbox"/> Kopf- / Nackenschmerzen           |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen  | <input type="checkbox"/> Herzfehler                        |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie  | <input type="checkbox"/> Diabetes / Zucker                 |
| <input type="checkbox"/> Glaukom / Grüner Star  | <input type="checkbox"/> Allergien z.B. Latex / Penicillin |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten wenn ja, welche _____<br>z.B. Tuberkulose, Aids(HIV), Gelbsucht(Hepatitis) |  |
| <input type="checkbox"/> Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? _____   |  |

Was ist Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie mit Ihrem Kind bei uns sind? \_\_\_\_\_

Wurden die Zähne im letzten halben Jahr geröntgt?  Ja  Nein  
Welche Erfahrungen hat Ihr Kind mit der zahnärztlichen Behandlung gemacht?  
 keine, da erster Besuch  
 gute  schlechte  
 Behandlung bisher verweigert

Hat Ihr Kind traumatische Erfahrung durch:

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

Haben Sie als Eltern Angst?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind allg. Angst?  Ja  Nein

Putzt Ihr Kind seine Zähne allein?  Ja  Nein  
 Handzahnbürste  Elek. Zahnbürste

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben

Achim, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern

**Vielen Dank!**