

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns den Zähnen Ihres Kindes widmen, benötigen wir neben den Personalien und Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand auch Auskunft über die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, lückenlose und risikofreie Beratung und Behandlung. Bitte lesen Sie sich daher die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen Sie die entsprechenden Felder aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Ihr Smile Club Team.

Patientenanmeldung

Vor- und Nachname Ihres Kindes

Geburtsdatum und -ort Ihres Kindes

Adresse des Kindes

Ist das Kind bei Mutter oder Vater versichert? (Vor- und Nachname)

Geburtsdatum und -ort des Rechnungsempfängers

Adresse des Rechnungsempfängers

Telefon Festnetz/Mobil E-Mail

VERSICHERUNGSSTATUS IHRES KINDES

Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfeberechtigt

Hinweis: Termine, die Sie nicht rechtzeitig (bis 24 Stunden vorher) absagen, können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

Bitte nennen Sie uns Ihren betreuenden Kinderarzt:

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung?

Sorgerecht: ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.
 ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
 ich bin nicht erziehungsberechtigt.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Freunde/Bekannte Geschwister Google/Webseite
 DGKiZ Bundesverband Zeitung
 Infoveranstaltung Jameda Arzt:

Sonstiges:

MEDIZINISCHE ANAMNESE/ALLGEMEINGESUNDHEIT

Hat Ihr Kind...

- Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen erhalten? (Impfpass) ja nein
- Asthma, Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung? ja nein
- Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? (Allergiepass?)

- Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? ja nein
- Blutkrankheiten oder Blutungsneigungen (blutet Ihr Kind länger als üblich)? ja nein
- Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankung? ja nein

Welche? Herzpass seit:

- Kreislaufbeschwerden oder Ohnmachtsneigung? ja nein
- Leber- oder Nierenerkrankung? ja nein
- Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes? ja nein
- Arzneimittelüberempfindlichkeiten? (z.B. Penicillinüberempfindlichkeit) ja nein
- Lernschwäche oder Sprachprobleme? ja nein
- Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung? ja nein
- Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe? ja nein
- Spastik oder veränderten Muskeltonus? ja nein
- Hörprobleme oder Taubheit? ja nein
- Sehschwäche oder Blindheit? ja nein
- Sonstige angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt? ja nein

-
- Befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Betreuung? ja nein
- War Ihr Kind bereits im Krankenhaus (außer bei der Geburt)? ja nein
- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

- War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? ja nein

Wenn ja – wie beurteilen Sie das Verhalten des Kindes:

- Kooperativ ängstlich, aber Behandlung war möglich Verweigerung

- Hat/Hatte Ihr Kind jemals Zahnschmerzen? (außer Zahnungsbeschwerden) ja nein
- Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? ja nein
- Hat Ihr Kind von unangenehmen Arztbesuchen im Bekanntenkreis gehört? ja nein
- Hat Ihr Kind Probleme mit seinen Zähnen? ja nein

Wenn ja, welche?

- Was ist der Grund für den heutigen Besuch?
- Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Mund oder Gesichtsbereich? ja nein



Ist Ihr Kind gestillt worden?

Wenn ja, vom bis zum Lebensmonat

Lutscht Ihr Kind an Daumen oder Schnuller oder hat dies früher getan? ja nein

Früher, bis zum Lebensmonat

Hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken? ja nein

Wenn ja, von bis

Was war/ist in der Nuckelflasche?

Isst Ihr Kind viel Süßes? ja nein

Was?

Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind?

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag? (Ungefähr am Tag)

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Obst Gemüse Kaugummi Joghurt
- belegtes Brot Brezeln (Reis-) Waffeln Kekse
- Kuchen Chips, Salzstangen Müsliriegel Fruchtschnitten
- Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers, usw.)

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese ein? ja nein

Wenn ja, vom bis zum Lebensjahr

Wie oft putzt Ihr Kind täglich seine Zähne? einmal zweimal dreimal

Wie putzt sich Ihr Kind die Zähne? Alleine Mit Hilfe der Eltern Nur durch die Eltern

Wird mit fluoridierter Zahncreme geputzt? ja nein

Wenn ja, welche wird genutzt?

Werden Mundspüllösungen verwendet? ja nein

Wird Fluoridgelee verwendet? (z. B. Elmex Gelee) ja nein

Wenn ja, wie häufig?

SPEZIELLE FRAGEN ZUR KINDERBEHANDLUNG

Viele Kinder haben oder entwickeln Angst vor der zahnärztlichen Behandlung. Darum sind folgende Fragen besonders wichtig für uns und wir brauchen die Unterstützung der Eltern.

Was sind zurzeit bevorzugte Interessen Ihres Kindes?

Reagiert Ihr Kind auf bestimmte Dinge/Situationen mit Angst? (z.B. vor schlechten Noten, großen Hunden etc.)

Hat Ihr Kind speziell Zahnarztangst?

ja nein

Wenn ja, was ist Ihrer Meinung nach Auslöser für die Angst Ihrer Kindes?

- | | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Berührung | <input type="checkbox"/> Geschmack | <input type="checkbox"/> Behandlungsstuhl | <input type="checkbox"/> Schmerz | <input type="checkbox"/> Spritze |
| <input type="checkbox"/> Gefühl während der Behandlung | <input type="checkbox"/> Gefühl hinterher | <input type="checkbox"/> weißer Kittel | <input type="checkbox"/> Instrumente | <input type="checkbox"/> typische Gerüche |

Haben Vater oder Mutter Angst vor dem Zahnarzt? Vater Mutter Keiner

Erwarten Sie bei der heutigen Behandlung Probleme?

ja nein

Ist Ihr Kind besonders geräuschempfindlich?

ja nein

Ist Ihr Kind wasserscheu/empfindlich gegenüber Wasser?

ja nein

Ist Ihr Kind besonders lichtempfindlich?

ja nein

Ort | Datum

Unterschrift