

Anamnesebogen für Kinder

KIND

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

männlich: weiblich:

Privat

Privat Basis-Tarif

gesetzlich pflichtversichert

gesetzlich freiwillig versichert

Liegt eine Behinderung vor?

Ja Nein

Wurde eine Pflegestufe anerkannt?

Ja Nein

Möchten Sie, dass wir Ihr Kind an die nächste Kontrolluntersuchung erinnern?

Ja Nein

Das Kind ist mitversichert bei

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

e-Mail*: _____

Allgemein Anamnese

Name des Kinderarztes*: _____

Name des Hauszahnarztes*: _____

Empfohlen oder überwiesen von: _____

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches: _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch: _____

Was wurde gemacht: _____

Hat Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt:

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung:

Ja Nein

Name des Kieferorthopäden: _____

Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen?

Ja Nein

Erhält Ihr Kind Fluoride (Speisesalz; Zahnpasta; Tabletten)?

Ja Nein

Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne? _____

Hat Ihr Kind ein Lieblingsspiel/-spielzeug? _____

Was isst Ihr Kind gerne? _____

Was sieht Ihr Kind am liebsten für DVD`s oder Serien? _____

Ärztliche Anamnese

Die Angaben werden auf freiwilliger Basis erhoben, für eine Reibungslose und sichere Behandlung bitten wir um nachstehende Angaben von Ihnen:

Hat Ihr Kind akute oder chronische Erkrankungen
(z.B. Asthma, Bronchitis, Diabetes oder Epilepsie)? Ja Nein

Wenn Ja, welche: _____

Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Hat Ihr Kind Sonstige Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Befindet sich Ihr Kind regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

BITTE BEACHTEN SIE DIE FOLGENDEN DINGE, DIE ZU EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG BEITRAGEN:

1. Erscheinen Sie möglichst 15 Minuten vor dem vereinbarten Termin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich einzugewöhnen.
2. Lassen sie Ihr Kind antworten! Ihr Kind soll im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen.
3. Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um den Kinderzahnärzten eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
4. Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“ etc.
5. Loben Sie Ihr Kind nach der Behandlung! Gestärktes Selbstvertrauen motiviert Neues auszuprobieren.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind eine freiwillige Angabe.

VIELEN DANK!

Datum

Unterschrift (des Erziehungsberechtigten)