

Anamnesebogen zur Erstanmeldung Kinder und Jugendliche (6-18 Jahre)

Wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen wollen!

Im Interesse der Behandlung Ihres Kindes bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen; bei möglichen Fragen helfen wir gerne. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ergeben sich zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen an Ihren Aussagen, bitten wir Sie, uns diese mitzuteilen. Wir bedanken uns für Ihre Bemühung.

Im Folgenden möchten wir Sie ein wenig über unser Konzept der Kinderbehandlung informieren:

Die Erfahrung zeigt, dass Kinder, die alleine mit uns ins Behandlungszimmer kommen

- **aufmerksamer und leichter motivierbar sowie**
- **unkomplizierter behandelbar sind und an diesem Ergebnis „wachsen“ können.**

Im Allgemeinen ist es für uns auch leichter Ihr Kind allein zu behandeln. Nur so bekommen wir die uneingeschränkte Aufmerksamkeit Ihres Kindes.

Gibt es aus Ihrer Sicht noch wichtige Dinge zu besprechen, so sprechen Sie uns im Vorfeld der Behandlung darauf an.

Angaben zu Ihrem Kind:

Vorname

Nachname

Geburtstag

Bei wem ist Ihr Kind versichert?

Vorname

Nachname

Geburtstag

Straße, Nr.

PLZ Wohnort

Beruf

Arbeitgeber

Telefon privat

Telefon berufl.

Mobil

E-Mail

Versicherung

Privat

Gesetzlich

Name

Kinderarzt (Vor- und Zuname)

Hauptanliegen

Liegt ein Pflegegrad §15 SGB V/ Eingliederungshilfe § 53 SGB XII vor?

Ja

Nein

Wenn ja, welcher?

Schwerbehindertenausweis vorhanden?

Ja

Nein

Neuaufnahme in unser Erinnerungssystem (Recall/Termine)	Ja	Nein
Bestehendes Erinnerungssystem beibehalten (Recall/Termine)	Ja	Nein
Wie dürfen wir Sie erinnern (Recall/Termine)? Bitte auswählen:	Post	SMS E-Mail

Ärztliche Anamnese:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Auffälligkeiten in der Schwangerschaft (Frühgeburt, Krankheit der Mutter, o.ä.)

Kind zurzeit in Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung.

Wenn ja, womit?

Herzerkrankungen?

Wenn ja, welche?

Herzpass vorhanden

Stoffwechselerkrankungen? (Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Nierenerkrankung)

Erkrankung des Nervensystems (Krampfanfälle, Sonstiges)

Bluterkrankungen (Blutarmut/Anämie, Bluter, Sonstiges)

Atemwegserkrankung (Asthma, chron. Bronchitis, Sonstiges)

Allergien

Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

Aktueller Impfstatus vorhanden

Medikamente

Wenn ja, welche?

Aktuelles Gewicht des Kindes

Zahnärztliche Anamnese:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Grund für heutigen Besuch: Kontrolle Schmerzen

Kind schon in zahnärztlicher Behandlung gewesen

Einschätzung der Behandlungsbereitschaft des Kindes aktiv, vertrauensvoll ängstlich, verschlossen

Anwendung von Fluoriden: Salz Zahnpasta Fluorettten

Wenn ja, wieviel? (Fluorettten)

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne?

Putzen Sie nach? Ja Nein

Lutschgewohnheit (Daumen, Nuckel, Sonstiges)

Unfall im Zahn-, Mund oder Kieferbereich

Wenn ja, wann und wo?

Kieferorthopädische Besonderheiten

Wenn ja, welche?

Datenschutz

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Die Datenschutzverordnung der Praxis kann auf Wunsch eingesehen werden.

Datum

Bitte speichern Sie dieses PDF-Formular auf Ihrem Computer, füllen es aus und senden es anschließend per E-Mail an kontakt@beierlein-zahn.de.