

ANAMNESEBOGEN KINDER

Liebe Eltern,

eine genaue Anamnese ist die Grundlage für eine optimale Vorbereitung und spätere Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich Zeit, diese vollständig und sorgfältig auszufüllen.

ANGABEN ZUR PERSON

Kind: Name, Vorname	Geburtsdatum
Versicherter: Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift Straße	PLZ / Ort
Erziehungsberechtigte/r	Handy / E-Mail
Erziehungsberechtigte/r	Handy / E-Mail
Versicherung	☐ gesetzlich ☐ gesetzlich mit Zusatzversicherung ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ Basistarif
Wie haben Sie uns gefunden?	☐ Empfehlung ☐ Google ☐ Website ☐ Instagram ☐ Jameda ☐ Sonstiges

WARUM KOMMEN SIE ZU UNS?

☐Erstuntersuchung ☐Kontrolle ☐Prophylaxe ☐Schmerzen ☐Zahnunfall ☐Zweitmeinung ☐Sonstiges

ALLGEMEINE ANGABEN

Frage	Ja	Nein
Ist dies der erste Zahnarztbesuch Ihres Kindes?	☐	☐
Wurde Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt?	☐	☐
Gab es Probleme bei einer örtlichen Betäubung?	☐	☐
Gibt es Besonderheiten im Umgang mit Ärzten oder Behandlungen?	☐	☐

Hier noch Platz für individuelle Antworten

ZAHNPFLEGE

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? _____ x pro Tag

☐allein ☐mit elterlicher Hilfe ☐nur Eltern

Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind? _____

Wird die Reinigung der Zahnzwischenräume unterstützt? ☐Ja ☐Nein

Andere Hilfsmittel? _____

Regelmäßige Individualprophylaxe / PZR? ☐Ja ☐Nein

Fluoridierung

Fluoridtabletten: ☐Nein ☐Ja, wie lange? _____

Fluoridiertes Speisesalz: ☐Nein ☐Ja

Wurde Ihr Kind gestillt? ☐Nein ☐Ja, wie lange? _____

LUTSCHGEWOHNHEITEN

☐ Schnuller

☐ Daumen

☐ Nuckelflasche

☐ keine

ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Erkrankung	Ja	Nein
Asthma	☐	☐
Allergien	☐	☐
Herzfehler	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Epilepsie	☐	☐
ADHS	☐	☐

Wenn ja,

DIE WELT IHRES KINDES

Lieblingskuscheltier oder Begleiter: _____

Was mag Ihr Kind besonders?: _____

Was hilft Ihrem Kind, sich sicher zu fühlen?: _____

Was sollten wir über Ihr Kind wissen?: _____

EINWILLIGUNGEN UND ORGANISATORISCHE HINWEISE

☐ Ich wünsche eine Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen (Recall).

☐ Ich bin mit Terminbestätigungen per Telefon, SMS oder E-Mail einverstanden.

☐ Ich habe die Datenschutzhinweise gemäß Art. 13 DSGVO erhalten.

☐ Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

BESTELLPRAXIS / AUSFALLHONORAR

Unsere Praxis arbeitet als Bestellpraxis. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage spätestens 24 Stunden vorher. Bei nicht rechtzeitig abgesagten oder versäumten Terminen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar nach den gesetzlichen Bestimmungen zu berechnen.

☐ Diesen Hinweis habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____