Anamnesebogen Kinder

Dr. Andrea Düerkop
ZAHNHEILKUNDE

Nachthutstr. 6 I Haldensleben
Telefon: 03904 71580
Mail: info@praxis-dueerkop.de
www.praxis-dueerkop.de
zahnarzt_hdl

Herzlich Willkommen in unserer Familien-Praxis !

Um Ihr Kind optimal und individuell behandeln zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. **Bitte informieren Sie uns bei Änderungen des Gesundheitszustands**. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes: _____

Namen der Eltern: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Mail: _____

Grund Ihres Zahnarztbesuches: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet ○ Instagram ○ Empfehlung von _____ ○

Allgemeine Gesundheitsfragen

Herzerkrankungen, -fehler/ -geräusche	__ja	__nein
Blutgerinnungsstörungen	__ja	__nein
Diabetes Typ 1/ Typ 2	__ja	__nein
Anfallsleiden/ Epilepsie	__ja	__nein
Lungenerkrankung/Asthma	__ja	__nein
Erkrankungen der Niere und/oder Leber	__ja	__nein
Geistige Behinderung/Beeinträchtigung	__ja	__nein
Lernschwäche/ ADHS	__ja	__nein
Schwierigkeiten bei Geburt/Frühgeburt	__ja	__nein
Sprach-, Hör- und/oder Sehprobleme	__ja	__nein
Infektionskrankheiten (z.B. HEP, HIV, TBC)	__ja	__nein

Allergien : _____

Regelmäßige Medikamente : _____

Zahnmedizinische Gesundheitsfragen

erster Zahnarztbesuch?	__ja	__nein
Einstellung zum Zahnarzt?	__neutral __ängstlich __negatives Vorerlebnis	
Hat/Hatte Ihr Kind Zahnschmerzen?	__ja	__nein
Hat Ihr Kind den Schnuller / lutscht am Daumen? Wenn ja, bis zu welchem Alter ? _____	__ja	__nein
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem ? _____	__ja	__nein
Bestehen Röntgenaufnahmen?	__ja	__nein

Ernährungs- & Putzgewohnheiten & Fluoridanamnese

Welche Getränke trinkt Ihr Kind hauptsächlich?	__Wasser __Saft-Schorlen __Tee (mit Honig/ Zucker)	__Milch __Limonade __Saft (pur)	
Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate?	__Zahnpasta __Fluorid-Tabletten __Mundspüllösung	__Speisesalz __Fluorid-Gel (1x Wo)	
Wie oft isst Ihr Kind Süßes?	__täglich	__ x mal/Woche	__ selten
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?	__2x täglich	__1x täglich	__unregelmäßig
Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach?	__ja __nein	__ ich kontrolliere nach	
Verwendet Ihr Kind Zahnseide?	__ja, selten	__ja, regelmäßig	__nein

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlungsdokumentation, Abrechnung und Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Überweisern und Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle) zu. Ich bin darauf hingewiesen worden werden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

_____
Datum, Unterschrift Patient/-in bzw. Erziehungsberechtigte/-r

Unsere Praxis wird als **Bestellpraxis** geführt. Jeder mit Ihnen vereinbarte Termin ist ausschließlich für Sie reserviert. Aus diesem Grund sagen Sie bitte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens **24 Stunden vorher** ab. Für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine stellen wir Ihnen eine Rechnung in Höhe der jeweiligen Therapievergütung.