

## Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

### Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich halte vereinbarte Termine ein oder sage im Voraus ab, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

_____ Patient / Minderjähriger	_____ Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
_____ Gesetzlicher Vertreter / Zahlungspflichtiger	_____ Geburtsdatum, Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
_____ Straße, Hausnummer	_____ Postleitzahl, Ort
_____ Telefon (privat / mobil)	_____ Telefon (geschäftlich)

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Freiwillig versichert
- Privat versichert – **nicht** im Basistarif
- Privat versichert – im Basistarif
- Beihilfeberechtigt
- Zusatzversicherung

### Einverständniserklärung bei der Behandlung / Röntgen / Prophylaxe von Kindern / Jugendlichen

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter	
		<b>Bitte Zutreffendes ankreuzen</b>
Grund des heutigen Zahnarztbesuchs?	_____	
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind einen Unfall oder eine Operation (z.B. im Mund-/Kieferbereich)?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kieferorthopäde - Name, Adresse, Telefon	_____	
Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kinderarzt - Name, Adresse, Telefon	_____	
Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	_____	

**bitte wenden**

**Gesundheitszustand** bitte ankreuzen

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

Herzerkrankung  Ja  Nein  
 Endokarditisprophylaxe  Ja  Nein

Herzoperation  Ja  Nein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen:**

HIV  Ja  Nein  
 Hepatitis  Ja  Nein  
 Tuberkulose  Ja  Nein  
 Andere (Corona) \_\_\_\_\_

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika (Betäubungsmittel)  Ja  Nein  
 Schmerzmittel  Ja  Nein  
 Antibiotika  Ja  Nein  
 Andere \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
 Asthma  Ja  Nein  
 Lungenerkrankungen  Ja  Nein  
 Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein  
 Rheuma  Ja  Nein  
 Epilepsie  Ja  Nein  
 Diabetes  Ja  Nein  
 Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
 Lebererkrankung  Ja  Nein  
 Magen-Darm-Erkrankung  Ja  Nein  
 Ohnmachtsneigung  Ja  Nein  
 Genetische Erkrankung  Ja  Nein  
 Geistige Erkrankung  Ja  Nein  
 Andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand** bitte ankreuzen

**Allgemeine Angaben:**

Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein  
 Wenn ja, seit wann / Name \_\_\_\_\_

Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein  
 Wenn ja, Datum/Körperteile \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Monat \_\_\_\_\_

Drogenkonsum  Ja  Nein

Alkoholgenuss  Ja  Nein

Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig

Raucher  Ja  Nein

Wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag

**Ernährung:**

Was isst / trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

Brot  Brötchen  Müsli  Cornflakes

Marmelade  Nutella  Wurst  Käse

Joghurt  Obst  Gemüse  Kuchen

Schokolade  Chips / Salzstangen

Wasser  Tee  Milch  Kakao  Saft

Cola  Limonade  Sonstiges \_\_\_\_\_

Isst Ihr Kind gern Süßes?  Ja  Nein

Wenn ja,  mehrmals/Tag  1x/Tag  selten

**Zahn- und Mundhygiene:**

Wie werden die Zähne geputzt?

mit Hilfe der Eltern  von den Eltern  vom Kind

Wie oft werden die Zähne geputzt?

< 1x/Tag  1x/Tag  > 1x/Tag

Womit werden die Zähne geputzt?

Handzahnbürste  Elektrische Zahnbürste

Zahncreme mit Fluorid  ohne Fluorid

Nimmt Ihr Kind zusätzlich Fluoride zu sich?

Fluoridiertes Speisesalz  Tabletten