

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Praxis „Ganz kleine Zähne“!

Wir möchten Ihnen und Ihrem Kind die Zeit in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Um Sie optimal beraten zu können und Ihrem Kind eine komplikationslose Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir einige Angaben zu Ihrem Kind. Wir bitten Sie daher die folgenden Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten. Bei Rückfragen helfen wir Ihnen selbstverständlich gerne weiter. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit, Ihr Praxisteam von den „Ganz kleinen Zähnen“

### PATIENTENDATEN

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Mutter \_\_\_\_\_

Vater \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Wer ist erziehungsberechtigt?      Mutter            Vater     

### VERSICHERUNGSSTATUS

Gesetzlich versichert          Privat versichert          Beihilfeberechtigt   

Über wen ist das Kind versichert?      Mutter          Vater   

Besteht eine private Zusatzversicherung für zahnärztliche/kieferorthopädische Leistungen? \_\_\_\_\_

Was ist der Grund für den heutigen Besuch? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### ZAHNMEDIZINISCHE/KIEFERORTHOPÄDISCHE ANAMNESE

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung/Beratung?      Ja          Nein   

War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung/Beratung?      Ja          Nein   

War Ihr Kind schon einmal in logopädischer Behandlung?      Ja          Nein   

Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen?      Ja          Nein   

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht?      Ja          Nein

## ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Herzerkrankungen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen/Asthma?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Leber- oder Nierenerkrankungen?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Epilepsie?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Allergien?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<hr/>			
Infektionserkrankungen?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer sonstigen Erkrankung?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<hr/>			
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## KONNTEN SIE BEI IHREM KIND EINER DER FOLGENDEN ANGEWOHNHEITEN BEOBACHTEN?

Schnarchen mit Tagesmüdigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundatmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lippenbeißen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ERNÄHRUNGS-/ZAHNPUTZGEWOHNHEITEN

Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange bzw. wird es noch gestillt?	<hr/>	
Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange bzw. trinkt es noch aus der Flasche?	<hr/>	
Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich?	<hr/>	
Wie viele Zwischenmahlzeiten bekommt Ihr Kind täglich?	<hr/>	
Wie oft täglich putzt Ihr Kind die Zähne?	<hr/>	
Putzt Ihr Kind alleine die Zähne? Putzen Sie nach?	<hr/>	
Benutzen Sie Ihr Kind eine Zahnpasta mit Fluorid?	<hr/>	
Bekommt Ihr Kind andere Fluoridpräparate (z.B. Tabletten)?	<hr/>	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme zu, dass die persönlichen Daten zu meinem Kind innerhalb unserer Praxis „Ganz kleine Zähne“ gespeichert werden dürfen. Änderungen meiner Angaben teile ich rechtzeitig mit.



Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter