



# ANAMNESE

## Liebe Eltern,

ihr Kind soll möglichst schonend und dabei erfolgreich zahnärztlich untersucht und gegebenenfalls behandelt werden.

Mit dem Ausfüllen dieses Bogens helfen Sie uns dabei. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an uns. Vielen Dank! Ihr Praxisteam.

### Persönliche Daten Patient/in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten Versicherte/r

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte: Vater  Mutter  Sonstige  \_\_\_\_\_

Überweisung von: Kinderarzt  selbst ausgesucht  Sonstiges  \_\_\_\_\_

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt? ja  nein  wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Falls ja, wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?

kooperativ  ängstlich, aber Behandlung möglich  Behandlungsverweigerung

Kinderarzt \_\_\_\_\_

Betreuender Kieferorthopäde (falls vorhanden) \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich? \_\_\_\_\_

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma  Zuckerkrankheit  Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)  Hörstörungen  Spastik

Schilddrüsenerkrankung  Nierenerkrankung  Lungenerkrankung  Erkrankung des Blutes

Tuberkulose  Lebererkrankung (Gelbsucht)  Rheuma/rheumatisches Fieber  Nervenerkrankung

Magen-Darm-Erkrankung  Immunschwäche (Aids)  Geistige Verzögerung  Geistige Behinderung

Lernbehinderung

