

# Anamnesebogen/Anmeldung für Minderjährige bis zum vollendeten 14. Lebensjahr

Bitte vor der Behandlung so genau wie möglich ausfüllen und abgeben!

Herr

Frau

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Krankenkasse oder Versicherung

gesetzlicher Vertreter (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Telefon privat

Telefon tagsüber

E-Mail

Fax

Arbeitgeber

Beruf

Gesetzlich versichert

Privat versichert – nicht im Basistarif

Privat versichert – im Basistarif

Beihilfeberechtigt

Bei Privatrechnung, Rechnung an: Name & Adresse (falls abweichend vom Patienten)

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

Kieferorthopäde: Name, Adresse, Telefon

(falls vorhanden)

## Fragen über Ihr Kind:

Grund des heutigen Zahnarztbesuchs? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch?

nein

ja

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

nein

ja

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

nein

ja

Hatte Ihr Kind einen Unfall oder eine Operation? (Mundbereich)

nein

ja

## Ernährung:

Was isst / trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

Brot  Brötchen  Müsli  Cornflakes  Marmelade  Nutella  Wurst  Käse

Joghurt  Obst  Gemüse  Kuchen  Schokolade  Chips

Wasser  Tee  Milch  Kakao  Saft  Cola  Limonade  Sonstiges

Isst Ihr Kind gern Süßes?

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

## Mundhygiene:

Wie werden die Zähne geputzt?

allein vom Kind  mit Eltern  nur Eltern

Wie oft werden die Zähne geputzt?

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

Womit werden die Zähne geputzt?

Handzahnbürste  Elektrische Zahnbürste  Zahncreme

Nimmt Ihr Kind zusätzlich Fluoride zu sich?

Fluoridiertes Salz  Tabletten  Sonstiges

**bitte wenden!**

**Herz-Kreislauf-Erkrankung:**

- Hoher Blutdruck  nein  ja  
Niedriger Blutdruck  nein  ja  
Herzklappenerkrankung/-defekt  nein  ja  
Herzerkrankung  nein  ja  
Herzoperation  nein  ja  
Herzschrittmacher  nein  ja  
andere: \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen:**

- HIV  nein  ja  
Hepatitis  nein  ja  
Tuberkulose  nein  ja  
andere: \_\_\_\_\_

nein  ja

nein  ja

**Einzunehmende Medikamente:**

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhesie  nein  ja  
Schmerzmittel  nein  ja  
Antibiotika  nein  ja  
andere: \_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

- Blutgerinnungsstörungen  nein  ja  
  
Asthma  nein  ja  
Lungenerkrankung  nein  ja  
Schilddrüsenerkrankung  nein  ja  
Rheuma  nein  ja  
Epilepsie  nein  ja  
Diabetes  nein  ja

Nierenfunktionsstörungen

Ohnmachtneigung

Krebserkrankung  nein  ja

**Allgemeine Angaben:**

- Alkoholgenuss  nein  ja wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
Raucher  nein  ja wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
Drogenkonsum  nein  ja  
(Patientinnen) Schwangerschaft  nein  ja wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_  
Frühere Röntgenuntersuchung im Kopfbereich  nein  ja wenn ja, wann: \_\_\_\_\_  
Ihr letzter Zahnarztbesuch \_\_\_\_\_

**Besondere Patientenwünsche:**

- Behandlung unter lokaler Betäubung  nein  ja Beratung über Zahnaufhellung  nein  ja  
Professionelle Zahnreinigung  nein  ja Information zur Kinderprophylaxe  nein  ja  
Kostenfreies Benachrichtigungs-/Recallsystem  nein  ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

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

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Die Abtretung von Forderungen des Patienten, die aus dem Behandlungsverhältnis mit dem/den Behandler/in resultieren, an Dritte ist ausgeschlossen.

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 und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Information gelesen und verstanden habe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient / ges. Vertreter / Zahlungspflichtig