

ANAMNESEBOGEN

(BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN)

Bevorzugte Anrede: ☐ Frau ☐ Herr ☐ _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine angegebene E-Mail-Adresse zum Zweck der Terminerinnerung und zur Mitteilung medizinischer oder organisatorischer Informationen genutzt wird.

Name der Krankenkasse oder Versicherung

ich bin: ☐ gesetzlich
versichert☐ privatversichert☐ beihilfeberechtigt☐ zusatzversichert☐ freiwillig
versichert☐ Basistarif☐ nicht Basistarif

Überweisende hausärztliche oder zahnärztliche Praxis – Name, Adresse, Telefon

Hausärztliche Praxis – Name, Adresse, Telefon

Angaben über die Eltern des Kindes:

	Erziehungsberechtigte Person	Erziehungsberechtigte Person	Andere
Name:	☐ Frau ☐ Herr	☐ Frau ☐ Herr	☐ Frau ☐ Herr
Adresse:			
Geburtsdatum:			
Sorgerecht	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Kind versichert über:	☐	☐	☐
Rechnung an:	☐	☐	☐

Ist eine Betreuung nach §1896 – 1980i BGB vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein**Einverständniserklärung bei der Behandlung minderjähriger Personen**

Hat die zu behandelnde Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der erziehungsberechtigten Person notwendig:

Datum

Unterschrift erziehungsberechtigte Person

TEIL 2

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) ☐ Ja ☐ Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ☐ Ja ☐ Nein
Herzklappenerkrankung-/defekt ☐ Ja ☐ Nein
Koronare Herzerkrankung ☐ Ja ☐ Nein
Herz-OP (Datum: _____) ☐ Ja ☐ Nein
Herzschrillmacher ☐ Ja ☐ Nein

Allergien/Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika ☐ Ja ☐ Nein
Medikamente ☐ Ja ☐ Nein
Antibiotika ☐ Ja ☐ Nein
Andere: _____
Allergiepass ☐ Ja ☐ Nein

Wurde Ihr Kind im letzten halben Jahr operiert? Wenn ja, Art der OP: _____

Infektionserkrankungen:

HIV ☐ Ja ☐ Nein
Hepatitis (A, B, C, D) ☐ Ja ☐ Nein
Tuberkulose ☐ Ja ☐ Nein
Andere: _____

Blut:

Blutarmut ☐ Ja ☐ Nein
Blutungsneigung ☐ Ja ☐ Nein

Lunge:

Asthma/Chronische Bronchitis ☐ Ja ☐ Nein
Tuberkulose ☐ Ja ☐ Nein

Nervensystem:

Anfallsleiden ☐ Ja ☐ Nein
Depressionen ☐ Ja ☐ Nein
Rheumatische Erkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
Andere: _____

Stoffwechsel:

Zuckerkrankheit (Diabetes) ☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüsenerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
Nierenerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Weitere:

Krebserkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
Osteoporose ☐ Ja ☐ Nein

Zahnärztliche Anamnese:

Wann ist der erste Milchzahn durchbrochen? _____

Hat Ihr Kind im Moment Zahnschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind bereits sichtbare Karies? ☐ Ja ☐ Nein

War Ihr Kind bereits in zahnärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was wurde gemacht? _____

Sind bei Ihrem Kind bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Was können wir für Ihr Kind tun? Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Zahnpflege:

Wie oft am Tag werden die Zähne Ihres Kindes geputzt? ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x
Wer putzt die Zähne Ihres Kindes? ☐ Kind ☐ Eltern ☐ Andere
Werden die Zahnzwischenräume Ihres Kindes gereinigt? ☐ nie ☐ ab und zu ☐ täglich
Empfinden Sie das Zähneputzen bei Ihrem Kind als stressig? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, weshalb? _____

TEIL 3

Fluoridanamnese:

Kochen Sie mit fluoridiertem Speisesalz? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind? _____

Bekommt Ihr Kind in anderer Form Fluoride? (Tabletten, Gelee, Spülung) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Ernährung:

Wurde Ihr Kind gestillt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie lange? _____

Heute auch noch? ☐ Ja ☐ Nein

Wie häufig isst Ihr Kind etwas über den Tag verteilt? ☐ Selten ☐ 2-5x ☐ 6-10x ☐ über 10x

Wie häufig nascht Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten? ☐ Selten ☐ 2-5x ☐ 6-10x ☐ über 10x

Wie häufig trinkt Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten? ☐ Selten ☐ 2-5x ☐ 6-10x ☐ über 10x

Welches Getränk trinkt Ihr Kind am Häufigsten? (z.B. Apfelschorle) _____

Benutzt Ihr Kind eine Saugflasche? (Schnuller- oder Schnabelaufsatz) ☐ Ja ☐ Nein

Benutzt Ihr Kind eine Fahrradtrinkflasche? ☐ Ja ☐ Nein

Trinkt Ihr Kind etwas zum einschlafen/nachts? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was? _____

Isst Ihr Kind häufig über den Tag verteilt Obst? ☐ Ja ☐ Nein

Isst Ihr Kind vegetarisch/vegan? ☐ Ja ☐ Nein

Ihr Kind – ganz besonders und individuell

Wie möchte Ihr Kind genannt werden? _____

Auf was ist Ihr Kind besonders stolz? _____

Was macht Ihr Kind besonders gerne? _____

Lieblingssessen? _____

Lieblingskuscheltier? (gerne mitbringen) _____

Hat Ihr Kind Geschwister? (Name, Alter) _____

TEIL 4

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

☐ Internet ☐ Facebook ☐ Instagram ☐ Empfehlung ☐ Zeitung ☐ Jameda ☐ Überweisung ☐ Notdienst

Aktuelle Besonderheiten in der häuslichen Situation (z.B. Umzug, Erkrankung oder Behinderung eines Geschwisterkindes):

Wichtige Informationen:

- » Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- » Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt. Die Praxis darf meine Personen- und Gesundheitsdaten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist. Mir wurde die ausführliche Einwilligungserklärung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen und verstanden.
- » Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.
- » Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, dies bedeutet, dass die mit mir vereinbarte Zeit ausschließlich für mich reserviert wird. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls trage ich die Kosten in Höhe von 50% des Honorars, es sei denn, an dem Versäumnis trifft mich kein Verschulden.
- » Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift erziehungsberechtigte Person

Facebook/Instagram/Homepage

Die Oldenburger Zahnwichtel sind auch bei Facebook und Instagram – Um Eindrücke aus unserer Kinderbehandlung zu geben, stellen wir dort auch gerne Fotos von unserem Alltag im Zahnwichtelhaus ein.

Bilder, auf denen die Kinder zu sehen sind, dürfen wir nur mit Einverständniserklärung der erziehungsberechtigten Person einstellen (Rechtliche Grundlage § 22 Urheberrechtsgesetz)

- ☐ **Ja**, ich bin damit einverstanden, dass Fotos von meinem Kind auf der Facebook- oder Instagramseite oder auf der Homepage der Oldenburger Zahnwichtel veröffentlicht werden. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Bilder zu diesem Zweck bei uns gespeichert werden.
- ☐ **Nein**, eine Veröffentlichung der Fotos von meinem Kind auf der Facebook- oder Instagramseite oder auf der Homepage der Oldenburger Zahnwichtel möchte ich nicht.

Datum

Unterschrift erziehungsberechtigte Person



DIE OLDENBURGER ZAHNWICHTEL

Dragonerstraße 1
26135 Oldenburg
0441 25 2 25
info@praxis-osternburg.de