



Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

um Ihr Kind im Rahmen der geplanten Vorstellung optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, diesen Fragebogen so gut wie möglich auszufüllen. Wenn Sie etwas nicht auf Anhieb wissen sollten oder nicht beantworten möchten, lassen Sie die Frage einfach offen. Falls der Platz nicht ausreicht, benutzen Sie bitte auch die Rückseite. Selbstverständlich ist die Beantwortung der Fragen freiwillig und ich garantiere absolute Vertraulichkeit.

Patient:

Nachname, Vorname Geb.-Datum

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Versicherung:

gesetzl. Versichert

privat versichert

Selbstbeteiligung nein ja _____ %

Das Kind ist mitversichert bei: Mutter Vater

Krankenkasse: _____

Mutter:

Nachname, Vorname Geb.-Datum

Telefonnummer

E-Mail

Arbeitgeber

Besondere familiäre Situation

(z.B. Adoption, „Stief“-Mutter, getrennt lebend)

Vater:

Nachname, Vorname Geb.-Datum

Telefonnummer

E-Mail

Arbeitgeber

Besondere familiäre Situation

(z.B. Adoption, „Stief“-Vater, getrennt lebend)

Sorgerecht:

Mutter & Vater nur Mutter nur Vater andere: _____

Muttersprache: _____

(nur bei Patienten mit einem Verständigungsproblem ausfüllungspflichtig)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Auf Empfehlung Überweisung von Zahn-/Arzt: _____

Homepage Jameda Facebook

sonstige: _____



Fragen zur Gesundheit

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche? <input type="checkbox"/> Herzpass seit: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankung? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Erkrankung der Leber oder Niere? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Infektionskrankheiten? (Hepatitis, HIV) Welche: _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten? Welche: _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten? Welche: _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Geistige Beeinträchtigungen oder Behinderung? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Probleme beim Sprechen? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Problemen beim Hören oder Taubheit? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Sonstige Krankheiten? Welche: _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hat Ihr Kind Allergien oder Unverträglichkeiten? Welche: _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Welche: _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ist Ihr Kind geimpft? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Besonderheiten bei der Geburt: Welche: _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt? wenn ja warum: _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

zahnmedizinische Anamnese

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Wann und bei Wem: _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hatte Ihr Kind einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurde? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Was ist der Grund für den heutigen Besuch? _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wurden bereits Röntgenbilder an den Zähnen gemacht? Wann: _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen an die Zahnärztin



Ernährung

SÜSSIGKEITEN

- Ja → 1x monatlich
 Nein 1x wöchentlich
 1x täglich
 Mehr als 1x täglich

FRÜHSTÜCK

Trinken

- Tee mit Zucker
 Tee ohne Zucker
 Milch
 Kakao
 Wasser
 Cola, Fanta
 Fruchtsaft
 Saftschorle
 Sonstiges

Essen

- Brot
 Butter
 Käse, Wurst
 Marmelade, Nutella
 Obst, Rohkost
 Cornflakes gesüßt
 Cornflakes ungesüßt
 Müsli
 Sonstiges

MITTAGESSEN

was: _____

ZWISCHENDURCH

Trinken

- Tee mit Zucker
 Tee ohne Zucker
 Milch
 Kakao
 Wasser
 Cola, Fanta
 Fruchtsaft
 Saftschorle
 Sonstiges

Essen

- Brot (süß/herzhaft)
 Gebäck (süß/salzig)
 Obst, Gemüse
 Chips, Flips,
Salzstangen
 Süßigkeiten
 Sonstiges

ABENDESSEN

Was: _____

STILLEN - FLASCHE

- wird noch gestillt
○ tagsüber
○ abends
○ nachts
- wurde gestillt bis zum Alter von _____
- wurde nicht gestillt
- trinkt aus der Flasche
○ Milch
○ Kakao
○ Wasser
○ Tee mit Zucker
○ Tee ohne Zucker

Richtiges Putzen

DAS KIND PUTZT DIE ZÄHNE

- Bisher noch nicht
 Nicht regelmäßig
 1x täglich
 2x täglich
 3xtäglich
- Ohne Zahnpasta
 Mit Zahnpasta
○ Für Kinder U6
○ Für Kinder ab 6
○ Für Erwachsene

VERHALTEN DES KINDES

- Bereitwillig
 Mit Widerstand
 Wechselhaft
- Das Kind putzt allein
 Eltern putzen nach
 Eltern putzen allein

DIE ZÄHNE WERDEN GEPUTZT

- Vor dem Frühstück
 Sofort nach dem Abendessen
- Nach dem Frühstück
 Nach dem Mittagessen
 Erst vor dem Zubettgehen

PUTZDAUER IM DURCHSCHNITT

_____ Minuten

DIE ZÄHNE WERDEN GEPFLEGT MIT

- Handzahnbürste
○ Für Kinder
○ Für Erwachsene
- Elektrische Zahnbürste
○ Für Kinder
○ Für Erwachsene
- Zahnseide
 Sonstige

Fluoridanamnese

VERWENDEN SIE FLUORIDIERTER ZAHNPASTA

- Ja Nein

EINE TABLETTENFLUORIDIERUNG

- Wurde nicht durchgeführt
 Wird durchgeführt
Dosierung: _____
Präparat: _____
- Wurde durchgeführt bis zum Alter von _____

VERWENDEN SIE FLUORIDIERTES SPEISESALZ

- Ja Nein



Kinderzahnarztpraxis Zahnfee 7-Stein
Dr. med. dent. E. Gutsch-Kunze
Ostpassage 3, 30853 Langenhagen
Tel.: 0511/34088282 Fax.: 0511/34088281
www.zahnfee-7stein.de info@zahnfee-7stein.de

Behandlungseinwilligung

Um Ihr Kind behandeln zu können, benötigen wir eine Behandlungseinwilligung. Bitte lesen Sie das Folgende genau durch. Bitte scheuen Sie keine Rückfragen.

Hiermit ermächtigen wir die Zahnärztin Dr. E. Gutsch-Kunze, ihre zahnärztliche Assistentin ggf. ihre Vertretung, unter Mitarbeit der zahnärztlichen Assistenz, zahnärztlichen und zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind, einschließlich dem Gebrauch von notwendiger, empfehlenswerter Lokalanästhesie, Röntgen- oder sonstiger Diagnostik durchzuführen. Die Zahnärztliche Behandlung kann folgendes umfassen:

1. Zahnreinigung
2. Fissurenversiegelung der Backenzähne
3. Platzhalter für fehlende Zähne
4. Extraktion von einem oder mehreren Zähnen
5. Behandlung von erkrankten Zähnen mit Füllungen oder pädiatrischen Kinderkrone
6. Behandlung von erkrankten oder verletztem Mundgewebe
7. Behandlung von Zahnfehlstellungen und / oder Entwicklungsstörungen
8. Anwendung von Beruhigungsmitteln, um Angst oder unkooperativen Verhalten zu mildern. Dolantin, Atosil, Chloral-Hydrat, Dormicum und / oder Lachgas-Sauerstoffgemisch
9. Vollnarkose
10. Maßnahmen die Karies entdecken oder Karies in ihrer weiteren Entwicklung hemmen.

Die Behandlung wird mir **vorher ausdrücklich erläutert**. Sofern ich Fragen dazu habe, werden diese beantwortet.

Mit zahnärztlichen oder zahnchirurgischen Behandlungen sind bestimmte Risiken verbunden, wenngleich deren Vorkommen sich **äußerst selten** ereignen.

Risiken sind: Taubheitsgefühl, Infektionen, Schwellungen, Blutungen, Prellungen, Übelkeit, Erbrechen, allergische Reaktionen, Schwindel.

Extrem selten können auch Gehirnschädigungen, Lähmungen und Narben auftreten.

In **extrem seltenen** Fällen kann es trotz großer Sorgfalt vorkommen, dass Kinder kleine Instrumente verschlucken oder aspirieren können.

Wir informieren Sie, dass Sie **Termine 24 Stunden vorher absagen müssen**, da wir Ihnen sonst den Zeitaufwand für die Behandlung nach § 615 BGB in Rechnung stellen müssen. **45,00 € je angefangene halbe Stunde**.

Sollte Ihr Kind am Behandlungstag erkranken, bitten wir Sie um ein ärztliches Attest.

Ich habe diese Behandlungsaufklärung gelesen und verstanden.

Ich habe das Recht Fragen zu stellen, die sich während der Behandlung ergeben.

Langenhagen, Datum _____ Unterschrift _____



Kinderzahnarztpraxis Zahnfee 7-Stein
Dr. med. dent. E. Gutsch-Kunze
Ostpassage 3, 30853 Langenhagen
Tel.: 0511/34088282 Fax.: 0511/34088281
www.zahnfee-7stein.de info@zahnfee-7stein.de

Datenschutz

Liebe Patienten,

seit dem 25.05.2018 tritt das neue Datenschutzgesetz in Kraft. Daher benötigen wir Ihre Einwilligung, um Ihre persönlichen Daten zu Dokumentationszwecken zu speichern. Wir sind verpflichtet die Behandlungsunterlagen Ihres Kindes 10 Jahre, Röntgenbilder bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufzubewahren. Diese Daten werden nur mit Ihrer Zustimmung verschlüsselt an Dritte (andere Zahnärzte, Hausarzt, etc.) weitergegeben.

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

der Behandlungsdokumentation, Erhebung der Gesundheitsanamnese, Erstellung von Röntgenbildern und Fotos zur Behandlungsdokumentation

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Langenhagen, den _____ Erziehungsberechtigte/r _____