



ZAHNZENTRUM DR. FEIGE & KOLLEGEN

Implantologie · Zahnerhalt · Zahnästhetik



ANAMNESEBOGEN

– Für Kinder –

**Herzlich Willkommen im Zahnzentrum Dr. Feige & Kollegen,
Dein Spezialist für Implantologie, Zahnerhalt und Zahnästhetik.**

Wir freuen uns, dass Ihr uns euer Lachen anvertraut!

Unser Ziel ist es, euch eine *bestmögliche* und *individuelle Behandlung* anzubieten. Deshalb möchten wir euch bitten, euch einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen *sorgfältig zu lesen* und *so genau wie möglich* auszufüllen. Eure Eltern können euch gerne dabei helfen, damit euch keine Fehler unterlaufen.

Den ausgefüllten Bogen könnt ihr *vor der Behandlung an der Anmeldung* abgeben. Gerne besprechen wir eure Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit euch.

Alle Angaben dienen ausschließlich der Verbesserung eurer Behandlung, deshalb bitten wir euch, uns immer über euren Gesundheitszustand und eure aktuelle Adresse auf dem Laufenden zu halten.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der *ärztlichen Schweigepflicht*.



* (die mit Sternchen gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben)

Daten des Kindes



Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße & Hausnr.

PLZ & Ort

Telefon

Mobil*

Ihr Kind geht in die

KITA

Schule

Erziehungsberechtigter

Mutter

Vater

beide

Ihr Kind ist versichert über

die Mutter

den Vater

Versicherter (Eltern)

Frau

Herr

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße & Hausnr.

PLZ & Ort

Telefon

Mobil*

E-Mail

Beruf*

Arbeitgeber*

Ihr Kind ist wie folgt versichert

Gesetzlich

Privat

Name der Versicherung

Zusatzversichert

Name der Zusatzversicherung

Angaben zum Zahlungspflichtigen

- Mutter Vater sonstige Person

Kinder-/ Hausarzt

Name und Standort des Arztes

Bisheriger Zahnarzt

Name und Standort des Zahnarztes

Haben Sie Interesse an

- Individuellen Prophylaxemaßnahmen zum langfristigen Erhalt der Zähne
- Lachgasbehandlung Zahnsanierungen Fissurenversiegelungen
- Laserbehandlung

Ernährungsgewohnheiten

- Ich gab/gebe meinem Kind die Flasche
- Ich gebe meinem Kind regelmäßig Süßigkeiten

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne

- 1x täglich 2x täglich 3x täglich

Fluoridanamnese

Benutzt Ihr Kind fluoridhaltige Zahnpasta fluoridhaltiges Speisesalz Fluoridtabletten

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFAGEN

Hat ihr Kind...

- Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche *Herzpass seit:*
- Atemprobleme, Asthma oder Lungenerkrankungen
- Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis, TBC, HIV Erkrankungen der Leber oder Niere
- Diabetes (Zuckerkrankheit) oder Stoffwechselkrankheit
- Blutgerinnungsstörungen oder andere Blutkrankheiten



ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Epilepsie (Krampfanfälle)

Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung

Sprech-, Hör- oder Sehprobleme

Lernschwäche / AD(H)S

Nachgewiesene Allergien, wenn ja, welche?

Allergiepass vorhanden?

Ja

Nein

Blutdruckprobleme

zu hoch

zu niedrig

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?

Ja

Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Sonstige Krankheiten?

Wann ist Ihr Kind das letzte Mal geröntgt worden?

(Datum)



ZAHNMEDIZINISCHE GESUNDHEITSFRAGEN

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?

Ja

Nein

Name und Standort des Arztes

Datum des letzten Besuches

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurden?

Ja

Nein

Schnullert Ihr Kind oder lutscht es am Daumen?

Ja

Nein

Hat Ihr Kind akute Zahnschmerzen?

Ja

Nein

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarztbesuch?

Positiv

Neutral

Ängstlich

Ist Ihr Kind zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja, seit

Nein

Name und Standort des Arztes

Gab es bei den vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, das Sie oder Ihr Kind gestört hat?

- Ja
- Nein

Hat Ihr Kind bei vorherigen Zahnarztbesuchen schlechte Erfahrungen gemacht?

- Ja
- Nein

Anamnese der Eltern

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?

Haben Sie Angst vor Zahnarztbesuchen? Ja Nein

Weitere freiwillige Angaben

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Auf Empfehlung von Internet / Zeitung Telefonbuch
- Kindergarten / KITA / Schule Überweisung von
- Sonstiges

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

- E-Mail Postalisch Telefonisch gar nicht

HINWEISE

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie und Ihr Kind reservieren. Das erspart Ihnen lange Wartezeiten. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, *spätestens 24 Stunden vorher* abzusagen. Bei *Nichterscheinen ohne Absage* behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallrechnung mit Pauschalbetrag für den freigehaltenen Termin in Rechnung zu stellen. Bitte beachten Sie, dass Sie nach dem dritten Mal des Nichterscheinens keinen weiteren Termin mehr von uns erhalten werden.

 Bitte bringen Sie bei jedem Besuch Ihre Krankenversichertenkarte mit.

UNTERSCHRIFT

Ich habe diesen Fragebogen mit meinem Kind mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Ulmen, den
Ort, Datum

Unterschrift des Patienten