

## ANAMNESEBOGEN

### ALLGEMEINE ANGABEN

Patient Kind Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Erziehungsberechtigter  Mutter  Vater  beide

Kind ist versichert über  Mutter  Vater

Beruf der Eltern Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_  beihilfeberechtigt  zusätzlich versichert  
 freiwillig versichert

Name des Kinderarztes \_\_\_\_\_

Anschrift des Kinderarztes Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Straße/Nr. \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINE SITUATION

1. Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tumore	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hör- und Sehprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Infektionen z. B.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Genetische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
			Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
			HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

2. Hat Ihr Kind Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

BITTE WENDEN! WEITERE ANGABEN  
AUF DER RÜCKSEITE.



## ZAHN-MUND-SITUATION

1. Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

2. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?  Ja  Nein

Name des behandelnden Zahnarztes: \_\_\_\_\_

3. Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

\_\_\_\_\_

4. Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Name des Kieferorthopäden: \_\_\_\_\_

5. Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt?

\_\_\_\_\_

6. Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

\_\_\_\_\_

## ANGABEN ZU DEN ELTERN

Mutter Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber erreichbar unter \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Vater Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber erreichbar unter \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

## BITTE BEACHTEN SIE DIE FOLGENDEN DINGE, DIE ZU EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG BEITRAGEN:

1. Erscheinen Sie möglichst 15 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich zu akklimatisieren.
2. Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um den Kinderzahnärzten eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
3. Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“ etc.

**VIELEN DANK!**

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (des/der Erziehungsberechtigten)