

Kinder-Anamnesebogen

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der zärtlichen Schweigepflicht.



ZAHNARZTPRAXIS
DR. KIRCHNER

Name / Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsnehmer/Sorgeberechtigter: Mutter Vater

Name / Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

E-Mail Adresse

• Hauszahnarzt: _____

• Kinderarzt/Hausarzt (für Not- und Zwischenfälle): _____

• Möchten Sie kostenfrei per E-Mail an die Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes erinnert werden? (Recallsystem)

Ja Nein

Unterschrift: _____

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Erkrankungen? (Zutreffendes ankreuzen)

Allergien? Ja Nein

Herz-Kreislaufkrankungen? Ja Nein

Infektionskrankheiten? Ja Nein

Bluterkrankungen? Ja Nein

Diabetes? Ja Nein

Sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Einschränkung von:

Gehör

Sehkraft

Sonstige: _____

Weitere Angaben:

• Normale Entwicklung des Kindes: Ja Nein

Anmerkung: _____

• Gab es Zahnunfälle? Ja Nein

Wenn ja, an welchen Zähnen und wann? _____

• Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?

Ja

Nein

Wenn ja, wo und wann? _____

Bitte Rückseite beachten!

Hat oder hatte Ihr Kind Angewohnheiten wie....

Daumenlutschen Ja Nein
Lispeln Ja Nein
Zungen- oder
Wangenpressen Ja Nein
Lippenbeißen Ja Nein

Gebrauch des Schnullers Ja Nein
Dauerhaft offener Mund Ja Nein
Dauerhafte Mundatmung Ja Nein
Zähneknirschen Ja Nein

Putzt Ihr Kind seine Zähne alleine? Ja Nein Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
Wie oft täglich? _____

Ernährung / Essgewohnheiten

überwiegend süß Obst gemischt Fast Food deftig wird nicht beachtet

Getränke

Fruchtsäfte Limonade Mineralwasser Tee gesüßt Tee ungesüßt egal

Geben/Gaben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten (Fluoretten)? Ja Nein

Wünschen Sie eine Fluoridprophylaxe bei Ihrem Kind? Ja Nein

Wünschen Sie in unserer Praxis nur eine kieferorthopädische Behandlung? Ja Nein

Soll etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachtet werden? _____

Behandlungs-Einverständniserklärung

Um Ihr Kind behandeln zu können, benötigen wir eine Behandlungseinwilligung. Bitte lesen Sie diese genau durch, bei Fragen besprechen wir diese gern mit Ihnen.

Hiermit ermächtige ich Zahnarzt Dr.med. Holger Wegner, Zahnärztin Dipl.stom. Kathrin Wegner sowie Zahnärztin Dr.med.dent. Katja Kirchner unter Mitarbeit der Zahnmedizinischen Fachangestellten, zahnärztliche und/oder zahnchirurgische Behandlungen an meinem Kind einschließlich der Anwendung notwendiger oder empfehlenswerter Lokalanästhesie, Röntgen oder sonstiger Diagnostik durchzuführen auch ohne das Beisein eines Erziehungsberechtigten.

Zahnärztliche Behandlungen können folgendes umfassen:

- Oberflächenanästhesie/ Lokalanästhesie
- Digitale Röntgenbilder
- Kinderprophylaxe/ Zahnreinigung/ Fissurenversiegelung
- Extraktionen/ Entfernen eines oder mehrerer Zähne
- Platzhalter für fehlende Zähne/ Frühkieferorthopädische Behandlung
- Behandlung von Zahnfleischerkrankungen
- Fluoridprophylaxe

- Ich habe diese Behandlungsaufklärung gelesen und verstanden.
 Die obigen Angaben entsprechen meinem derzeitigen Kenntnisstand.

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten meines Kindes unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung liegt im Wartezimmer aus.

Datum: _____ Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____

Aktualisiert: _____
(Datum + Unterschrift)