

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren

Vorname / Name des Kindes _____ Geb. _____

Vorname / Name des Sorgeberechtigten _____

Anschrift _____ Telefonnummer _____

Möchten Sie zu Ihrem Termin per Mail erinnert werden? ☐ Ja ☐ Nein; Mail-Adresse _____

Versicherungsstatus:

☐ gesetzlich bei: _____. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein

☐ freiwillig gesetzlich versichert?

☐ Privatversichert bei: _____ ☐ Basistarif ☐ Notfalltarif ☐ Beihilfe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Wir bitten Sie, uns etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Unklarheiten bei der Beantwortung einzelner Fragen bestehen, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Besteht bzw. bestand bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	Bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?			
Besteht eine Endokarditisprophylaxe?			
Leidet es an Allergien (Jod, Latex), Asthma?			
Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?			
Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?			
Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?			
Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?			
Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes)?			
Leidet Ihr Kind an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?			
Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?			
Besteht Zahnarztangst?			
Gab es Unfällen mit Zahnschäden?			
Sind die Impfungen aktuell (Masern, Wundstarrkrampf)?			

Sind Sie für folgende zahnärztliche Maßnahmen bei Ihrem Kind einverstanden?

O Versiegelung von Backenzähnen O Fluoridierung der Zähne

Möchten Sie zu unserem Recall-System teilnehmen (Erinnerung zur halbjährigen Vorsorgeuntersuchung)? ☐ Ja ☐ Nein

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber allen unten genannten Personen oder Institutionen. Diese dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand, Diagnosen erhalten, Termine für mich ausmachen bzw. sich über meine Termine erkundigen, Rezepte für mich abholen. Es handelt sich um folgende Personen oder Institutionen (diese können der rechtliche Betreuer oder andere Angehörige sein):

(Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse)

Hat Ihr Kind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort / Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) _____