



Anamnesebogen

Liebe Eltern,
herzlich Willkommen in der Praxis Löwenzahn! Wir freuen uns schon sehr, Ihr Kind und Sie kennenzulernen. Dieser Anamnesebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Bitte füllen Sie ihn sorgfältig aus und teilen Sie uns Änderungen umgehend mit, damit wir eine Behandlung, falls nötig, darauf abstimmen können. Bei Fragen sprechen Sie uns gerne jederzeit an. Vielen Dank!

Ihr Team der Praxis Löwenzahn

Praxis Löwenzahn

Ihre Zahnärzte in Datteln

Marina Bußmann-Dopp
Angestellte Zahnärztin
Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Allgemeine Angaben zum Kind

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Adresse

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Kontakt eines Erziehungsberechtigten

Tel. _____

E-Mail _____

Versichert über

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Name der Krankenkasse/Privatkasse _____

Versicherungsart gesetzlich freiwillig zusätzlich privat privat privat Standardtarif beihilfeberechtigt

Erziehungsberechtigte/r	<input type="radio"/> beide Eltern	<input type="radio"/> nur Mutter	<input type="radio"/> nur Vater	<input type="radio"/> sonstige
Grund für den heutigen Besuch	<input type="radio"/> Routinekontrolle	<input type="radio"/> Beratung	<input type="radio"/> Schmerzbehandlung	<input type="radio"/> andere Gründe
Behandelnder Kinderarzt / Name, Adresse: _____ _____				
Ist Ihr Kind schon mal in einer Zahnarztpraxis gewesen?				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Falls ja, welche Erfahrungen hat es gemacht? _____ _____				
Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall mit Verletzungen im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich?				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Falls ja, wann war das und was ist passiert? _____ _____				
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Falls ja, Name und Adresse der Kieferorthopädin / des Kieferorthopäden: _____ _____				
Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
In welchem Alter bekam Ihr Kind den ersten Zahn? _____				
Bitte kreuzen Sie mögliche Gewohnheiten Ihres Kindes an: <input type="radio"/> Schnuller <input type="radio"/> Daumen/anderer Finger <input type="radio"/> Mundatmung				

weiter auf der Rückseite

Fragen zum Gesundheitszustand

Befindet sich Ihr Kind aktuell in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Falls ja, warum?	<hr/> <hr/>	
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Falls ja, welche?	<hr/> <hr/>	
Ist der Impfschutz Ihres Kindes vollständig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Leidet Ihr Kind an einer Medikamentenallergie oder an sonstigen Allergien?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Falls ja, welche?	<hr/> <hr/>	
Trifft eine der folgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?		
<input type="radio"/> Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="radio"/> Bluterkrankungen/Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Diabetes/andere Stoffwechselerkrankungen
<input type="radio"/> Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/> Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen
<input type="radio"/> Magen-/Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/> Hauterkrankungen
<input type="radio"/> Krampfleiden (Epilepsie etc.)	<input type="radio"/> Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="radio"/> Hörschwäche
<input type="radio"/> Sehschwäche/Augenerkrankungen	<input type="radio"/> AD(H)S	<hr/>
Falls sonstige Erkrankungen vorliegen, bitte hier angeben:	<hr/> <hr/>	

Fragen zur Mundhygiene und zur Ernährung

Die Zähne werden geputzt von:	<input type="radio"/> dem Kind selbst	<input type="radio"/> von den Eltern	<input type="radio"/> mit Hilfe der Eltern
Wann werden die Zähne geputzt?	<hr/> <hr/>		
Womit werden die Zähne geputzt?	<input type="radio"/> Handzahnbürste	<input type="radio"/> Elektrische Zahnbürste	<input type="radio"/> Zahnseide
Benutzen Sie für Ihr Kind:	<input type="radio"/> Zahnpasta mit Fluorid	<input type="radio"/> Zahnpasta ohne Fluorid	<input type="radio"/> Fluoridgelee <input type="radio"/> Speisesalz mit Fluorid
Erfolgt oder erfolgte eine Fluoridierung mit Tabletten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Bekommt oder bekam Ihr Kind Vitamin D?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Wird/wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Falls ja, wie lange?	<hr/> <hr/>		
Welches Getränk trinkt Ihr Kind?	<hr/> <hr/>		

Unsere Zahnarztpraxis ist eine Bestellpraxis. Falls Sie eine reservierte Behandlungszeit einmal nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, rechtzeitig (möglichst 24 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen leider keinen festen Termin mehr zusichern. Ausfallzeiten (Ausfallgebühr: 150 Euro/Std.) können nach § 615 BGB, § 287 ZPO berechnet werden.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Wir bieten in unserer Praxis auch Bar- und EC-Zahlung an, um Ihnen unnötigen Bürokratieaufwand zu ersparen.