

Anamnesebogen für Kinderpatienten

Herzlich willkommen in unserer Praxis Runge & Runge!

Bevor wir uns in Ruhe über die zahnmedizinischen Wünsche Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir neben dessen Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Patientenangaben Junge Mädchen

Name Vorname Geburtstag

Erziehungsberechtigte/-r Vater Mutter Sonstige:

Name Vorname Geburtstag

Anschrift
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort Telefon privat

Krankenkasse
Mitgliedsnummer

Versicherte/-r
Name Vorname Geburtstag

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Überweisung durch Hausarzt Kinderarzt selbst gewählt Sonstige:

Name/Praxis

Kinderarzt
Name/Praxis

Bisheriger Zahnarzt
Name/Praxis

Wie lange ist der letzte Zahnarztbesuch her? 3 Monaten 6 Monaten 12 Monaten länger nie

Grund dieses Besuches

Besteht eine Angst vor dem Zahnarzt? ja nein

Verlauf bisheriger Zahnbehandlungen reibungslos mit Problemen Behandlung war unmöglich

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? ja nein

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall mit Mund-/Kieferverletzung? ja nein

Welche der Krankheiten treffen auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z. B. Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Rheuma/reumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Immunschwäche |
| <input type="checkbox"/> Geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? ja nein

Angeborene/erworbene Herzfehler Herzoperation Sonstige:

Hat oder hatte Ihr Kind fieberhafte Erkrankungen? ja nein

.....
Art der fieberhaften Erkrankung Alter bei der Erkrankung

Hatte Ihr Kind bereits eine Operation? ja nein

.....
Art der Operation

Hatte Ihr Kind schwere Unfälle? ja nein

.....
Art des Unfalls

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

.....

War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus? ja nein

.....
Grund des Krankenhausaufenthalts

Atmet Ihr Kind durch den Mund? ja nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

.....
Namen der Medikamente

Wie verlief die Schwangerschaft? normal mit Komplikationen

Wie verlief die Geburt? normal mit Komplikationen

.....
Art der Komplikationen

Geburtsgewicht:

Krankengeschichte der Eltern

Angaben Vater

Angaben Mutter

Sind bei den Eltern Allergien bekannt? ja nein

ja nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Neigen Sie zu

Karies ja nein

ja nein

Zahnstein ja nein

ja nein

Zahnfleischbluten ja nein

ja nein

Zahnarztangst ja nein

ja nein

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Angaben zur Person und die Behandlungsdaten werden in unserer Praxis per EDV gespeichert. Ich habe gegen diese Maßnahme keine Einwände. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

.....
Datum

.....
Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte

Ernährung und Mundhygiene bei Kinderpatienten

Patientenangaben

Junge Mädchen

Name Vorname Geburtstag

Krankenkasse Mitgliedsnummer

Ernährung

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? selten täglich mehrmals täglich

Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

Tee/Kaffee mit Zucker Tee/Kaffee ohne Zucker Milch Kakao Fruchtsäfte

Was isst Ihr Kind zum Frühstück?

Brot Butter Marmelade Schokoaufstrich Käse/Wurst Müsli Cornflakes

Was isst Ihr Kind in den Schulpausen oder im Kindergarten?

Belegtes Brot Obst Süßigkeiten

Was isst Ihr Kind zum Mittagessen?

.....
Stichpunkte

Wie werden die Zähne geputzt?

Kind putzt selbst Eltern helfen beim Putzen Eltern putzen Kinderzähne

Wann werden die Zähne geputzt?

vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen nach dem Abendessen
 direkt vor dem Zubettgehen

Womit werden die Zähne geputzt?

Zahnbürste elektr. Zahnbürste Munddusche Zahnseide Zahnhölzchen Zwischenraumbürste

Welche Zahnpaste wird verwendet?

mit Fluorid ohne Fluorid

.....
Name der Zahnpasta

Anwendung und Häufigkeit von Fluorid?

	von / bis	täglich	wöchentlich	monatlich
<input type="checkbox"/> D-Fluoretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zymafluor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fluorid-Gel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fluoridierung beim Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Duraphat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fluoridiertes Kochsalz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fluoridierte Mundspülung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

Mineralwasser Limonade, gezuckert Tee Milch Kakao
 Fruchtsäfte Cola Sonstige:

Was isst Ihr Kind zum Abendessen?

.....
Stichpunkte zum Getränkekonsum

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeiten? Kuchen Süßigkeiten Obst frisches Gemüse
 Chips, Salzstangen belegtes Brot

.....
Sonstige Zwischenmahlzeiten

Bekommt Ihr Kind eine spezielle Diät? ja nein

.....
Art der Speziellen Diät

.....
Grund für spezielle Diät

Trinkverhalten bei Klein- und Vorschulkindern

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt?

gar nicht 3 Monate 6 Monate 1 Jahr länger als 1 Jahr

Trinkgewohnheiten

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? ja nein

Was trinkt Ihr Kind aus der Flasche?

Wasser Limonade Fruchtsaft Tee gesüsst Tee ungesüsst
 Früchtetee gesüsst Früchtetee ungesüsst Milch Kakao

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?

gar nicht 3 Monate 6 Monate 1 Jahr länger als 1 Jahr

Trinkt Ihr Kind aus dem Becher? ja nein

Was trinkt Ihr Kind aus dem Becher?

Wasser Limonade Fruchtsaft Tee gesüsst Tee ungesüsst
 Früchtetee gesüsst Früchtetee ungesüsst Milch Kakao

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Angaben zur Person und die Behandlungsdaten werden in unserer Praxis per EDV gespeichert. Ich habe gegen diese Maßnahme keine Einwände. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit. Vielen Dank für Ihre Mithilfe..

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte

Vereinbarung zur Einhaltung eines Behandlungstermins

Praxis Runge & Runge ist eine Bestellpraxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist.

Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Behandlungstermine nicht einhalten, diese **spätestens 24 Stunden** vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß §615 BGB und §304 BGB in Verbindung mit dem §296 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Einverständniserklärung

Ich habe die oben genannte Terminvereinbarung gelesen und zeige mich mit der Vereinbarung einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/Patientin oder erziehungsberechtigte Person