



# Zahnzentrum Rhein-Main

Frankfurt • Neu-Isenburg • Offenbach • Nidderau • Gelnhausen

## Anamnesebogen für Kinder

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, beide Seiten vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis eventuell stillsteht, wenn Sie einen Termin nicht einhalten. Wir bitten Sie daher herzlich, uns mindestens einen Tag vorher zu informieren, wenn Sie einen Termin aus wichtigem Grund nicht wahrnehmen können.

Nennen Sie uns auch Ihre Wünsche und teilen Sie uns mit, worauf Sie beim Zahnarzt besonderen Wert legen.

### Anmeldung Patient

weiblich  männlich

Name \_\_\_\_\_ Vorname/Titel \_\_\_\_\_ Geb.-Datum  Tag  Monat  Jahr

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Muttersprache \_\_\_\_\_ Sind Geschwister des Patienten in Behandlung  Ja  Nein

### Versicherter (Eltern, Erziehungsberechtigte)

weiblich  männlich

Name \_\_\_\_\_ Vorname/Titel \_\_\_\_\_ Geb.-Datum  Tag  Monat  Jahr

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

### Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert  Privat versichert  Nur Basistarif
- Freiwillig versichert  Beihilfeberechtigt  Private Zusatzversicherung

### Grund meines Zahnarztbesuches

- Kontrolluntersuchung  Zahnfleischbluten  Neuer Zahnersatz
- Zweite Meinung  Mundgeruch  Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Zähne
- Zahnschmerzen  Kiefergelenkprobleme  Sonstiges \_\_\_\_\_
- Zahnlockerungen  Zahnknirschen
- Zahnfehlstellungen  Probleme mit Zahnersatz

### Meine besonderen Anliegen und Wünsche

- Mundgesundheitsvorsorge (Karies-/ Parodontose-Prophylaxe)  Amalgamentfernung/-sanierung  Ästhetische Zahnbehandlung
- Zahnfleischbehandlung  Kiefergelenkbehandlung  Bleaching / Zahnaufhellung
- Mundgeruchbehandlung  Kieferorthopädie  Behandlung unter Vollnarkose
- Keramikkrone und -brücke  Keramik-Inlays  Implantate
- Sonstiges \_\_\_\_\_  Zahnersatz  Veneers (Keramik-Verblendschalen)

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch (bitte Namen angeben) \_\_\_\_\_
- Internet (bitte Adresse angeben) \_\_\_\_\_  Gelbe Seiten
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Bitte wenden





## Angaben zum Gesundheits-Zustand Ihres Kindes – Ärztliche Anamnese –

Krankheiten, Allergien und Medikamenten-Unverträglichkeiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zum Gesundheitszustand Ihres Kindes, damit wir die Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte den Allergie-Pass Ihres Kindes zum ersten Termin mit. Vielen Dank!

### Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten oder Symptome aufgetreten?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzfehler/Herzkrankungen                 | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen/Diabetes       | <input type="checkbox"/> Lernschwäche oder Sprachprobleme              |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Bronchitis/Pseudokrupp             | <input type="checkbox"/> Hörprobleme/Taubheit                    | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung od. geistige Verzögerung |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten (blutet ihr Kind länger?) | <input type="checkbox"/> Sehschwäche/Blindheit                   | <input type="checkbox"/> Epilepsi                                      |
| <input type="checkbox"/> Leber-/Nierenerkrankungen                 | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten Hepatitis/TBC/HIV | <input type="checkbox"/> ADS   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Krankheiten: _____               |  |  |

Bestehen bei Ihrem Kind Allergien?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wer ist der Kinderarzt? \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

### Zahnmedizinischen Anamnese

War Ihr Kind bereits in zahnärztlicher Behandlung?  Ja  Nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Traten dabei Probleme auf?  Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind akute Zahnschmerzen?  Ja  Nein Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Was ist der Grund des heutigen Besuches? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall mit Verletzungen im Mund- oder Gesichtsbereich?  Ja  Nein

Wie lange hat Ihr Kind am Schnuller/Daumen gelutscht? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

### Ernährungsgewohnheiten

Ist Ihr Kind gestillt worden?  Ja  Nein Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?  Ja  Nein Wenn ja, wie lange und was? \_\_\_\_\_

Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? \_\_\_\_\_

Isst Ihr Kind viel Süßes?  Ja  Nein

Verabreichen Sie Fluor-Präparate?  Ja, Fluoridtabletten  Ja, Zahnpasta mit Fluor  Ja, Fluorsalz  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben, sowie meine Zustimmung der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß ausliegender Patienten-information zum Datenschutz.

Für den Fall, dass sich etwas an diesen hier gemachten Angaben ändert, werde ich meine(n) Zahnärztin / Zahnarzt hierüber vor der nächsten Behandlung in Kenntnis setzen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten