



## Anamnese für Kinder und Jugendliche

### Allgemeine Angaben

Patient Kind Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ weiblich  männlich

Erziehungsberechtigter Mutter  Vater  beide

Kind ist versichert über Mutter  Vater

Beruf der Eltern Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ zusatzversichert

Privatversicherung \_\_\_\_\_ beihilfeberechtigt  Standardtarif (1.8 fach)

Name des Kinderarztes \_\_\_\_\_

### Allgemeine Situation

1. Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma, Atemnot	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Tumore	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie (Krampfanfälle)	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Hör- und Sehprobleme	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Infektionen z. B.	
Genetische Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
		Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>
		HIV	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>

2. Hat Ihr Kind Allergien? ja  / nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja  / nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Sonstige Erkrankungen?

\_\_\_\_\_

## Zahn-Mund-Situation

1. Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches?

\_\_\_\_\_

2. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja  / nein

Name des Zahnarztes \_\_\_\_\_

3. Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

\_\_\_\_\_

4. Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung

Name des Kieferorthopäden \_\_\_\_\_

5. Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

\_\_\_\_\_

6. Sind Sie an einer Erinnerung an Ihre nächste Kontrolluntersuchung interessiert? ja  / nein

## Angaben zu den Eltern

Mutter Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber erreichbar) \_\_\_\_\_

Vater Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber erreichbar) \_\_\_\_\_

## Bitte beachten Sie die folgenden Dinge, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen:

1. Erscheinen Sie rechtzeitig vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich an die Praxisumgebung zu gewöhnen.
2. Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um den Behandlern eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
3. Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“ etc.

## Vielen Dank!

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift (des/der Erziehungsberechtigten)