



Dr. med. dent.
Antonius Wermelt
Marion Wermelt
Praxis für Zahnheilkunde



Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert. Daher bitten wir Sie, diesen speziellen Kinder-Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, helfen uns, Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Kind:

Name, Vorname

geboren am, Geburtsort

Gesetzlicher Vertreter/ Rechnungsempfänger/ Versicherter:

Name, Vorname

geboren am, Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Krankenkasse:

Name

Versicherungsnummer

Betreuender Kinderarzt:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

Ja

Nein

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? Herzerkrankungen?
(Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges) Endokarditis-Prophylaxe notwendig?

Gibt es Stoffwechselerkrankungen? (z.B. Diabetes)

Erkrankungen von Schilddrüse, Niere oder Leber?

Erkrankungen des Nervensystems? (Epilepsie, Sonstiges) Bluterkrankungen?
(Blutarmut/ Anämie, Bluter, Sonstiges)

Besteht eine Allergie? Z.B. gegen Penicillin, Latex? Wenn ja, welche?

Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

Bitte wenden!

Zahnärztliche Anamnese

Ja Nein

Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt?

Lutscht Ihr Kind oder hat gelutscht? Wenn ja, womit?

Erhält Ihr Kind Fluoride?

Wenn ja, welche?

Speisesalz Zahnpasta Tabletten anderes _____

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne? _____

Putzt es alleine oder putzen Sie nach? _____

Betreuender Kieferorthopäde/ Kieferorthopädische Besonderheiten?

Ernährung bei Kindern

Gibt es häufig Süßigkeiten/ Fast Food? Was? _____

Was und wie viel trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf? _____

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes und Medikamenteneinnahmen mit.

Lokalanästhesie

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass es nach einer zahnärztlichen Lokalanästhesie zu Komplikationen wie Hämatomen (Bluterguss), Nervschädigung und Selbstverletzung kommen kann. Hierüber werden Sie vor der Behandlung noch einmal mündlich aufgeklärt.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

durch unsere Internetseite auf Empfehlung von _____
Internetsuchmaschine Telefonbuch Arztportal _____
Zeitungsanzeige beim Vorübergehen

Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir darum, uns dies wenigstens 24 Stunden vorher mitzuteilen.

Zur Durchführung einer sorgfältigen Versorgung unserer Patienten ist es im Rahmen der Bewertung unserer Behandlungsergebnisse erforderlich, die erhobenen Daten der zahnärztlichen Behandlung auszuwerten. Diesbezüglich bitten wir darum, nachstehende Einwilligung zu geben.

Hiermit willige ich ein, dass die während der regulären zahnärztlichen Behandlung erhobenen Daten anonymisiert und nicht auf den Patienten zurückvollziehbar ausgewertet werden dürfen.

☐ Ich willige in die Datenerhebung ein.

Ich bin mit der Wiederbestellung zu Kontrolluntersuchungen und Prophylaxe-Terminen einverstanden:

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: