

Kinder- und Jugendanamnese ab 6 Jahre

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Wohnanschrift:

Familienversichert bei (versicherter Elternteil):

Vater

Mutter

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Krankenkasse / private Versicherung:

Liebe Eltern, liebe Jugendliche, liebe Kinder!

verschiedene Krankheiten können Einfluß auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über den Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig!

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wer ist Ihr Kinderarzt ?

Adresse:

Name:

Telefonnummer:

Krippe / Tagesmutter / KiTa :

Klasse:

Grundschule / Oberschule / Gymnasium:

Hobby / Sportverein:

Normale Entwicklung des Kindes? ja nein

Anmerkung:

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wo? ja nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Erkrankung?

	ja	nein
- Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ohnmachtsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzfehler / Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lungenerkrankungen / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Immunschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- regelm. Drogen- u./od. Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein
Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Beschwerden / Schmerzen? ja nein
Wenn ja, welche?

Ernährung / Essgewohnheiten:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> überwieg. süß | <input type="checkbox"/> viel Obst |
| <input type="checkbox"/> überwieg. deftig | <input type="checkbox"/> isst viel |
| <input type="checkbox"/> Fast Food | <input type="checkbox"/> isst wenig |
| <input type="checkbox"/> gemischt | <input type="checkbox"/> isst unkontrolliert |

Lieblingssessen: _____

Sonstige Erkrankungen ja nein
Wenn ja, welche ?

Putzt Ihr Kind gern Zähne ? ja nein
 Handzahnbürste
 elektrische Zahnbürste

Ist das der erste Besuch beim Zahnarzt? ja nein
Hat ihr Kind Angst beim / vorm Zahnarzt / Arzt? ja nein

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fruchtsäfte | <input type="checkbox"/> Limonaden |
| <input type="checkbox"/> Mineralwasser | <input type="checkbox"/> Tee un- / gesüßt |

Lieblingsgetränk: _____

Gibt es noch etwas was Sie uns mitteilen wollen?

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden von uns Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und Ihrem Gesundheitszustand erhoben und gespeichert.

Dies erfolgt nach den geltenden Datenschutzgesetzen (DSGVO), welche Sie an der Rezeption einsehen können.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenbilder, Befunde, Diagnosen etc. meinem überweisenden Arzt / Zahnarzt (sofern ich / bzw. mein Kind überwiesen wurde) übermittelt werden.

Datum: _____ Unterschrift Patient (wenn mögl.) _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

Anmerkung der Praxis:

Gelesen: _____
Behandler