

HERZLICH WILLKOMMEN

in der Praxis am Herrensee

Anamnesebogen Kinder



B

Liebe Eltern,

um Ihr Kind optimal behandeln zu können benötigen wir von Ihnen neben dem Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand sowie einige persönliche Informationen zu Ihrem Kind. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

persönliche Daten Ihres Kindes:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

geboren am: _____

Telefon : _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

gesetzlich versichert: ja nein Zusatzversicherung: ja nein

privat versichert: ja nein Beihilfeberechtigt: ja nein Basistarif: ja nein

Versicherte:r: Vater Mutter Sorgeberechtigte:r

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift (falls abweichen): _____

geboren am: _____

Kinder- / Hausarzt:

Name: _____ Telefon: _____

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad / Eingliederungshilfe? ja nein

Wenn ja, welche Stufe? _____

Weshalb kommt Ihr Kind heute zu uns? _____

Datenschutz:

Im Rahmen Ihrer Behandlung erheben wir hier Ihre Daten. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit größtmöglicher Sorgfalt verwaltet. Sie unterliegen dem Datenschutzgesetz gemäß Art. 13 DSGVO. Ihre Daten werden ggf. übermittelt an:

- Ihre Krankenversicherung
- die KZV (Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen)
- ggf. das Dental-Labor
- nach Zustimmung an Ihren Hausarzt bzw. Nach-Behandler sowie an den überweisenden Arzt
- gesetzlichen Vertreter

Gesundheitsfragen:

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte geben Sie die Ihnen bekannten Erkrankungen und Medikamente an.

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja nein Wenn ja, welche? _____

Hat oder hatte Ihr Kind ...

hohen Blutdruck ja nein Epilepsie ja nein

niedrigen Blutdruck ja nein Diabetes ja nein

Schilddrüsen-Erkrankung ja nein Nieren-Erkrankung ja nein

Asthma/Lungen-Erkrankung ja nein Infektions-Erkrankung ja nein

Hepatitis ja nein

Wenn ja, welcher Typ? A B C

Allergien ja nein Wenn ja, wogegen? _____

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: _____

Erhält Ihr Kind Fluoride? ja nein Wenn ja, welche? _____

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? _____

Putzt es alleine oder putzen Sie nach? _____

Konsumiert Ihr Kind regelmäßig folgende Speisen?

Fruchtsäfte / Cola / Limonade gesüßten Tee

Süßigkeiten (Schokolade, Gummibärchen, etc.)

Wurde bei Ihrem Kind schon einmal eine Röntgenaufnahme im Kopf-Halsbereich durchgeführt?

ja nein Wenn ja, wo? _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, mein Kind bei bestehender Notwendigkeit im Zuge der zahnärztlichen Behandlung röntgen zu lassen. ja nein

Kinder-Prophylaxe:

Kinder ab einem Alter von 6 Jahren sollten 2x jährlich zur Prophylaxe.

Hierbei erfolgt ein Putztraining, Ernährungsberatung, Versiegelung der kariesfreien Fissuren und die Fluoridierung. Bei einem erhöhten Kariesrisiko ist eine Fluoridierung auch vor dem 6. Lebensjahr notwendig.

Recall-Service:

Wir bieten Ihnen an, Sie in regelmäßigen Abständen an Ihre*n nächsten Zahnarzt-Besuch / Prophylaxe-Behandlung zu erinnern. Wünschen Sie diesen Service? ja nein

Wenn ja per SMS per Email per Telefon

Termine:

In unserer Praxis sind fünf Ärzte und sieben Prophylaxe-Assistentinnen tätig, die jeweils ein eigenes Bestellsystem führen. Wir weisen deshalb darauf hin, dass die Reihenfolge, in der die Patienten aufgerufen werden, variieren kann.

Wir arbeiten grundsätzlich mit einem Bestellsystem. Es kann jedoch durch unvorhergesehene Zwischenfälle zu längeren Wartezeiten kommen. Wir bitten um Verständnis.

Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen.

Es kommt leider immer wieder vor, dass längere Termine trotz erfolgter Terminerinnerung nicht eingehalten werden.

In diesem Fall behalten wir uns vor, eine **Ausfallentschädigung in Höhe von 50 €** in Rechnung zu stellen.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Bitte teilen Sie uns umgehend mit, wenn sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes verändert hat.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____