

## ANAMNESEBOGEN

**Patient Kind** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. (+Ort) \_\_\_\_\_  
**Versicherter** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
**Anschrift** PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr. \_\_\_\_\_  
**Kinderarzt** \_\_\_\_\_  
**Name der Krankenkasse/  
 Privatkrankenkasse** \_\_\_\_\_  
 Beihilfeberechtigt  zusätzlich versichert  freiwillig versichert   
**Erziehungsberechtigt:** Vater \_\_\_\_\_ (Name) Mutter \_\_\_\_\_ (Name) Beide

## ALLGEMEINE SITUATION

**Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?**

	ja	nein
Asthma, Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genetische Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie ( <i>Krampfanfälle</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionen ( <i>Hepatitis, TBC, HIV</i> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

## ZAHN-MUND-SITUATION

	ja	nein
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grund des heutigen Besuches?		
_____		
Besondere Wünsche Ihres Kindes an uns?		
_____		

### Bitte Beachten Sie folgende Dinge, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen:

- Erscheinen Sie möglichst 15 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich zu akklimatisieren.
- Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um der Zahnärztin eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
- Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „es tut nicht weh“, „Du brauchst keine Angst zu haben“ etc.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift eines Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

*Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihre Zahnärztin Zeit für Sie reserviert hat und Sie nicht erscheinen, was dann? Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb rechtzeitig (d.h. möglichst 24 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können berechnet werden.*