

Zahnarztpraxis Dr. Kathrin Schulze



## Kinderanamnesebogen

### Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert und bitten Sie deshalb, die unten aufgeführten Fragen zu beantworten. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ihre Zahnärztin Dr. Kathrin Schulze**

**Name Ihres Kindes**.....

#### Erziehungsberechtigter

Name.....

Telefonnummer.....

#### Familienversichert bei :

Krankenkasse/Versicherung .....

**über:**.....

( ja ) ( nein ) Ist Ihr Kind gesetzlich versichert?

( ja ) ( nein ) Hat Ihr Kind eine Zahnzusatzversicherung?

( ja ) ( nein ) Ist Ihr Kind Privat versichert?

( ja ) ( nein ) Allgemein (Ist dies der erste Besuch beim Zahnarzt? Falls nein, wie ist der erste Zahnarztbesuch abgelaufen?.....)

#### Hat/Hatte Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen?

(Hepatitis, Diabetes, Nierenerkrankungen, Herzerkrankungen/Fehler, Lunge/Asthma, Blutungsgerinnungsstörung, ADHS/ADS, Angstzustände, Krampfanfälle)

( ja ) ( nein ) Liegen bei Ihrem Kind Allergien vor? wenn ja - welche?.....

- ( ja ) ( nein ) Liegt ein Allergiepass vor?  
 ( ja ) ( nein ) Regelmäßige Medikamenteneinnahme? wenn ja -  
 welche?.....  
 ( ja ) ( nein ) Nimmt Ihr Kind Vitamin D oder Fluorid ein? wenn ja - wie  
 lange?.....  
 ( ja ) ( nein ) Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung? wenn ja - warum?.....  
 ( ja ) ( nein ) Liegt eine Einschränkung vor? (Sehkraft, Gehör)  
 ( ja ) ( nein ) Falls gesundheitliche Fragen aufkommen, darf der Kinderarzt kontaktiert werden?  
 wenn ja - Name ..... Telefonnummer ..... )

### Ernährung/Essgewohnheiten

Lieblingessen: \_\_\_\_\_

Lieblingsgetränk: \_\_\_\_\_

- ( ja ) ( nein ) Zahnmedizinische Anamnese (Hat Ihr Kind Beschwerden? wenn ja -  
 welche?....., Ist Ihr Kind in  
 kieferorthopädischer Behandlung? wenn ja - bei  
 wem?....., Hat Ihr Kind  
 Lutschgewohnheiten? wenn ja -  
 welche?....., Dürfen bei  
 Ihrem Kind die Zähne fluoridiert werden?, Sind Sie damit einverstanden, daß Röntgenaufnahmen bei  
 Bedarf angefertigt werden?)

### Gibt es etwas Wichtiges bei der Behandlung Ihres Kindes zu beachten?

### Welche Leistungen sind für Sie interessant, worüber möchten Sie informiert werden?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe zum langfristigen Erhalt der Zähne | <input type="checkbox"/> Hochwertige Füllungsmaterialien |
| <input type="checkbox"/> Mini- Ernährungsberatung                      | <input type="checkbox"/> Zahnpflegetensilien             |
| <input type="checkbox"/> Sportlerschienen                              | <input type="checkbox"/> Versiegelung                    |
| <input type="checkbox"/> Fluoridierung                                 |  |
- ( ja ) ( nein ) Möchten Sie ihr Kind an unserem kostenfreien Recall-System einbinden, so daß wir Sie automatisch an die Vorsorgetermine erinnern? )

### Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, bitte teilen Sie uns Änderungen rechtzeitig mit.**

**Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie ihren Termine mind. 24 Stunden voher abzusagen, andernfalls müssen wir Ihnen die nur für Sie reservierte Zeit mit 50 € je halbe Stunde in Rechnung stellen.**

**Für Kassenpatienten:** Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach Behandlung nicht vor, so betrachten wir sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Sie konnten sich über die neue EU-DSGVO laut Aushang im Wartezimmer über die Verarbeitung ihrer Daten, sowie über die Informationspflicht unseres Abrechnungszentrum BFS ausreichend informieren.

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme.

Freiburg, den ..... Unterschrift .....