



Praxis für

KINDER- UND JUGENDZAHNHEILKUNDE

Dr. Donata van Doornick & Kolleginnen

# ANAMNESE – Bogen

## PATIENT:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Überweisender Zahnarzt/Arzt \_\_\_\_\_

## ELTERNTEIL:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Kieferorthopädie \_\_\_\_\_

## GRUND DES HEUTIGEN BESUCHES?

Schmerzen  2. Meinung  Überweisung  Unfall  Kontrolle

## WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Flyer  Anderer Zahnarzt/Arzt  Plakat  Zeitung  Internet  Freunde

## ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE:

War Ihr Kind schon in zahnärztlicher Behandlung? Ja  Nein

Gibt es bereits Röntgenbilder der Zähne? Ja  Nein

Hat Ihr Kind Löcher in den Zähnen? Ja  Nein

Hat ihr Kind aktuell Zahnschmerzen? Ja  Nein

Mein Kind ist bereits in Vollnarkose behandelt worden? Ja  Nein

Soll eine Behandlung unter Vollnarkose erfolgen? Ja  Nein

## HAT IHR KIND VORERKRANKUNGEN FOLGENDER ART?

Asthma  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Epilepsie  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Blutungsneigung  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Infektionskrankheiten  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Herz-Kreislaufferkrankungen  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Allergien  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Regelmäßige Medikamente  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### WICHTIG!

Vereinbarte Behandlungstermine werden ausschließlich für Ihr Kind reserviert. Wenn Ihr Kind krank ist oder Sie den Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte frühstmöglich ab.

Ihre Angaben werden von uns gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Auskünfte können nur an die hier genannten Personen weitergegeben werden.

**Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:**

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT SORGBERECHTIGTE(R) 1\*

UNTERSCHRIFT SORGBERECHTIGTE(R) 2\*

\*Unterschreibt nur ein Sorgeberechtigter, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit den anderen Sorgeberechtigten handelt.