

## Anamnese - Fragebogen 0 bis 5 Jahre



An der Radrunde 160  
D-90455 Nürnberg  
Tel.: 0911 / 88 02 88  
praxis@h-j-strauss.de  
www.h-j-strauss.de



**Sehr geehrte Eltern,**

**dieser Fragebogen dient der (Zahn-) Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes.  
Bitte füllen Sie diesen Bogen vor der ersten Sprechstunde sorgfältig aus!**

### Patient/in (Kind)

Hier müssen nur die nicht identische Angaben mit Versicherten (nebenstehend) eingetragen werden!

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. Mobil: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Homepage: \_\_\_\_\_  
Gesetzlich versichert:  ja  nein  
Gesetzlich versichert auf Kostenerstattung:  ja  nein  
Hat Ihr Kind eine Zusatzversicherung:  ja  nein  
Hat Ihr Kind einen zahnärztl. Kinderpass:  ja  nein  
Privat versichert - **nicht** im Basistarif  ja  nein  
Privat versichert - im Basistarif  ja  nein  
Ist Ihr Kind beihilfeberechtigt:  
(Nur für Beamte/Staatsangestellte)  ja  nein  
Wer ist Ihr Kinderarzt/Ort:  
\_\_\_\_\_

### Versicherte/r (Erziehungsberechtigte/r)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. (tagsüber) geschäftl.: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. Mobil: \_\_\_\_\_  
Fax privat/geschäftlich: \_\_\_\_\_  
E-Mail privat/geschäftlich: \_\_\_\_\_  
Homepage: \_\_\_\_\_  
Gesetzlich versichert:  ja  nein  
Gesetzlich versichert auf Kostenerstattung:  ja  nein  
Haben Sie eine Zusatzversicherung:  ja  nein  
Privat versichert - **nicht** im Basistarif  ja  nein  
Privat versichert - im Basistarif  ja  nein  
Sind Sie beihilfeberechtigt:  
(Nur für Beamte/Staatsangestellte)  ja  nein  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Wer ist Ihr Hausarzt/Ort  
\_\_\_\_\_  
Bezahlung per Online-Banking:  ja  nein  
Von wem wurde unsere Praxis empfohlen:  
\_\_\_\_\_

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird der Karteikarte beigelegt. **Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen** (Datengeheimnis nach § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes). Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

**Ist Ihnen bekannt, ob Ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen leidet oder litt:**

**Herzfehler**  ja  nein  
**Lungen- und Atemwegserkrankungen**  ja  nein  
(Asthma, Tuberkulose)  
**Hämophilie**  ja  nein  
(Blutgerinnungsstörung: verstärkte Blutung nach Zahnentfernung/Verletzungen)  
**Nervenleiden/ZNS-Erkrankungen**  ja  nein  
(z. B. Epilepsie)  
**Leukämie**  ja  nein  
**Allergien**  ja  nein  
(Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster)  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten**  ja  nein  
AIDS  ja  nein  
Hepatitis A  ja  nein  
Hepatitis B  ja  nein  
Hepatitis C  ja  nein  
**Sonstige Erkrankungen?**  ja  nein  
wenn ja, welche: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
**Hyperaktivität**  ja  nein

Bitte wenden! →

Liegt das ärztliche Kinderuntersuchungsheft vor?  ja  nein  
Liegt das zahnärztliche Untersuchungsheft vor?  ja  nein  
War Ihr Kind mehr als viermal im Jahr für mindestens eine Woche krank?  ja  nein  
Welche Medikamente musste Ihr Kind einnehmen? \_\_\_\_\_  
Hat Ihr Kind im Moment Zahnschmerzen?  ja  nein  
Weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns? Was ist Ihr Hauptanliegen? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Traten bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme auf?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie oft betreibt Ihr Kind, bzw. Sie mit Ihrem Kind Mundhygiene? \_\_\_\_\_ mal täglich.  
Erfolgt das Zähneputzen vor oder nach den Mahlzeiten?  davor  danach  
Was meinen Sie wie Karies entsteht? \_\_\_\_\_

Fluoridgehalt Ihres Trinkwassers \_\_\_\_\_ mg/l Fluoridgehalt (in Nbg. sind es 0,2 mg/l)  
Welches Mineralwasser trinkt Ihr Kind bevorzugt? \_\_\_\_\_  
Nimmt Ihr Kind Fluorid-Tabletten?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wieviel? \_\_\_\_\_  
Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind? \_\_\_\_\_  
Trinkt Ihr Kind häufig schwarzen Tee?  ja  nein  
Wieviele Mahlzeiten nimmt Ihr Kind am Tag zu sich? \_\_\_\_\_  
Trinkt Ihr Kind andere Flüssigkeiten am Abend als Wasser?  ja  nein  
Trinkt Ihr Kind langsam? (mehr als 30 Minuten)  ja  nein  
Isst Ihr Kind langsam? (mehr als 30 Minuten)  ja  nein  
Wie lange wird/wurde Ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_  
Wie lange erhielt, bzw erhält Ihr Kind eine Saugflasche?  ja  nein \_\_\_\_\_ Monate  
Mit welchem Inhalt? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie von uns aktiv über die Entwicklung im Gesundheitsbereich und neueren, besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten informiert zu werden (per Post, Mail, Telefon)?  ja  nein  
Wünschen Sie über ein bedarfsgerechtes, auf Ihr Kind individuell zugeschnittenes Prophylaxe-Programm informiert zu werden (per Post, Mail, Telefon)?  ja  nein

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Wir sind eine Bestellpraxis und garantieren Ihnen kurze Wartezeiten. Für Termine die **ohne Absage** nicht eingehalten werden, behalten wir uns vor eine Ausfallgebühr von € 20,- je angefangene halbe Stunde zu berechnen.
- Änderungen der Daten und des Gesundheitszustandes meines Kindes werden von mir rechtzeitig an die Praxis weitergegeben.
- Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie die Kenntnisnahme dieser Hinweise und Ihr Einverständnis.

X

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift gesetzl. Vertreter (Erziehungsberechtigte/r) und Zahlungspflichtige/r (falls nicht identisch mit Patient)

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mitarbeit! Wir tun alles damit Sie sich mit Ihrer Familie bei uns gut aufgehoben fühlen!

Ihr Praxisteam Dr. Hans-Jürgen Strauß

Fragebogen wurde entgegengenommen von: \_\_\_\_\_

Fragebogen wurde eingegeben von: \_\_\_\_\_

ZH/ZFA

ZH/ZFA

© Gisela Strauß