

Anamnese - Fragebogen 6 bis 11 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
Führt Ihr Kind ein Bonusheft: 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 des Gesundheitszustandes 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. _____
Hyperaktivität ja nein
Legasthenie ja nein
Dyskalkulie ja nein

Bitte wenden! →

Ist Ihr Kind sportlich aktiv? Wenn ja, welchen Sport und wie oft.

ja nein _____

Sonstige Hobbys?

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 wurde Ihr Kind gestillt?

Wie lange erhielt Ihr Kind eine Saugflasche?

_____ 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