ANAMNESEBOGEN

Praxis für Zahnheilkunde
Dr. Jahnke

PATIENT – KIND

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Kinderarzt

Telefon (tagsüber und abends), Email

Versicherung

Name des Hauptversicherten; versichert über: ☐ Vater ☐ Mutter, sowie Geburtsdatum

Name des Erziehungsberechtigten: ☐ Vater ☐ Mutter

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ zusatzversichert ☐ Beihilfe

Adresse des Hauptversicherten

UNSER SERVICE: REGELMÄSSIGE ERINNERUNGEN

☐ Ich möchte den Recallservice Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

☐ per SMS ☐ per E-Mail

Datum

Unterschrift

ERKRANKUNG

Grund des heutigen Zahnarztbesuchs: ☐ Kontrolle ☐ Schmerzen ☐ Unfall ☐ Sonstiger

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? ☐ Nein ☐ Ja

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich? ☐ Nein ☐ Ja

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

Besteht eine Allergie? ☐ Nein ☐ Ja

War Ihr Kind eine Frühgeburt? ☐ Nein ☐ Ja Schwangerschaftswoche:

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja Grund:

Mein Kind leidet unter:

☐ Krampfanfälle ☐ Asthma ☐ Bluterkrankung ☐ Herzerkrankung ☐ HIV ☐ Hepatitis ☐ Nierenerkrankung ☐ Zuckererkrankung

☐ Blutgerinnungsstörung ☐ ADHS/ADS ☐ Sonstige:

ZAHNPFLEGE

Wer putzt die Zähne des Kindes? ☐ Eltern ☐ Kind

Wie oft werden die Zähne geputzt? ☐ gelegentlich ☐ 1 x täglich ☐ 2 – 3 x täglich

Womit werden die Zähne gereinigt? ☐ Handzahnbürste ☐ elektrische Zahnbürste

☐ Kinderzahnpasta ☐ Erwachsenenzahnpasta ☐ fluoridfreie Zahnpasta

Geben Sie Fluoridtabletten? ☐ Nein ☐ Ja

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ☐ Nein ☐ Ja

Hat/hatte Ihr Kind folgende Angewohnheiten? ☐ nuckeln ☐ Daumen lutschen

Was trinkt Ihr Kind? ☐ Milch/Kakao ☐ Wasser ☐ Saft

☐ Schorle ☐ Limonade ☐ Tee gesüßt ☐ Tee ungesüßt

WICHTIGE INFORMATIONEN

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus enstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- **Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.**

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger oder gesetzlicher Vertreter

Dr. Ute Jahnke
Tätigkeitsschwerpunkt: Kinderzahnheilkunde
Telefon: 0 24 43 / 20 11 I E-Mail: info@dr-jahnke.de

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, ihn mindestens 48 Stunden vorher abzusagen.