

## Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

**Patient/in:** Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_ Geb.-Name: \_\_\_\_\_

**Adresse:** Straße: \_\_\_\_\_ Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

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

**Kontakt:** Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Versichertes Mitglied:**

Ich bin selbst versichert

Mutter  Vater Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

gesetzl. Vormund Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

**Kostenerstattung:**  gesetzlich versichert (GKV)  private Zusatzversicherung  
 privat versichert (PKV)  Beihilfe berechtigt  
 sonstige Kostenträger \_\_\_\_\_

**Terminerinnerung:** Wünschen Sie, in regelmäßigen Abständen an anstehende Vorsorge- oder Prophylaxemaßnahmen, postalisch erinnert zu werden?  Ja  Nein

Im Falle einer System-Umstellung möchten Sie Ihre Benachrichtigung wie folgt erhalten:  Email  SMS  Brief

Wir bieten qualitative Behandlungen auf der Grundlage modernster medizinischer Erkenntnisse und besitzen zertifizierte Tätigkeitsschwerpunkte in den Bereichen Endodontie, Parodontologie und Implantologie. Zudem beschäftigen wir speziell geschultes Prophylaxepersonal, welches bereits bei den kleinsten Patienten ab dem 30. Lebensmonat sowie bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 6. – 18. Lebensjahr regelmäßig individualprophylaktische Maßnahmen durchführt. Hierdurch erlernen Kinder und Jugendliche halbjährlich neben den Vorsorgeuntersuchungen ein optimales Zahnputzverhalten, welches in regelmäßigen Abständen überprüft wird. Die Vorsorgeuntersuchung kann mit der Prophylaxe zusammen als Kombinationstermin gebucht werden, sodass Sie mehr Zeit für die schönen Dinge im Leben haben. Bitte nutzen Sie die Gelegenheit und teilen uns regelmäßig in den Patientenfragebögen mit, wie Sie unsere Zahnarztpraxis bewerten. So können wir unser Angebot auf Sie abstimmen und Ihre Wünsche in unseren Teamsitzungen besprechen.

**Bitte beantworten Sie folgende Gesundheitsfragen für die Patientin/ den Patienten, damit wir eine adäquate und risikofreie Behandlung gewährleisten können. Ihre Angaben werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht vertraut behandelt.**

**Allgemein:**

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Gibt es einen Medikationsplan?  Ja, bitte vorlegen!  Nein

**Herz:**

Besteht eine Herzerkrankung?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Wurde ein Herzpass ausgehändigt?  Ja, bitte vorlegen!  Nein

Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich?  Ja  Nein

Werden folgende Medikamente eingenommen?:  Marcumar  Xarelto  ASS  Nein

**Weiter auf der Rückseite!**

## Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

### Allergien:

- Besteht eine Medikamentenallergie?  Ja  Nein  
 Welche? \_\_\_\_\_  
 Besteht eine Materialunverträglichkeit?  Ja  Nein  
 Welche? \_\_\_\_\_  
 Wurde ein Allergiepass ausgehändigt?  Ja, bitte vorlegen!  Nein

### Stoffwechsel:

- Liegt eine Diabetes vor?  Ja  Nein  
 Muss regelmäßig Insulin verabreicht werden?  Ja  Nein  
 Besteht eine Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein  
 Besteht eine Magen- Darmerkrankung?  Ja  Nein

### Nervensystem:

- Besteht eine Erkrankung des Nervensystems?  Ja  Nein  
 Welche? \_\_\_\_\_

### Knochen- oder Krebserkrankung:

- Liegt eine Erkrankung vor, bei der eines der folgenden Medikamente eingesetzt wurde?  Ja  Nein  Risedronat  Bisphosphonat  
 Die Behandlung damit ist?  aktuell  abgeschlossen seit \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten:

- Besteht eine Hepatitis?  Ja,  A  B  C  Nein  
 Welchen Status hat diese Hep.-Infektion?  akut  chronisch  ausgeheilt  
 Besteht eine positive HIV-Infektion?  Ja  Nein  
 Besteht eine MRSA-Infektion?  Ja  Nein  
 Bestand in den letzten 12 Monaten Kontakt zu MRSA-Trägern?  Ja  Nein  
 Liegt eine Tuberkulose vor?  Ja  Nein  
 Liegt aktuell eine Kinderkrankheit vor?  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

### Suchtkrankheiten:

- Besteht eine Drogenabhängigkeit?  Ja  Nein  
 Besteht eine Alkoholabhängigkeit?  Ja  Nein

Die Termine für Patienten mit Infektions- oder Suchtkrankheiten liegen ausschließlich am Sprechstundenende, da wir nach Auflage des Robert-Koch-Institutes das Behandlungszimmer grundreinigen müssen, um uns und nachfolgende Patienten vor einer Ansteckung zu schützen. Dies würde den Sprechstundenablauf am Tage erheblich verzögern. Wir bitten Sie daher, uns bei einer Terminvereinbarung auf eine Erkrankung hinzuweisen und bedanken uns für Ihr Mitwirken.

### Zähne/ Nur von Neupatienten auszufüllen:

- Der bisherige Zahnarzt heißt? Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Wurde dort in den letzten 2 Jahren geröntgt?  Ja  Nein  
 Wird Fluorid eingenommen?  Ja  Nein  
 Wie wird Fluorid eingenommen?  Salz  Zahncreme  Tabletten  Wasser  
 Besteht eine kieferorthopädische Behandlung?  Ja  Nein  
 Bei welchem Kieferorthopäden? Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Internet  Werbung  Branchenverzeichnis  
 Praxisschild  Empfehlung

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 Mutter Vater gesetzl. Vormund