

Praxis für Zahnheilkunde



Dr. Moritz Weber

Ästhetische Zahnmedizin

Winkelstraße 26 77974 Meißenheim Tel: 07824/66582 Fax: 07824/66583 www.weber-za.de

Neuaufnahme Kinder-Anamnese Seite 1

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterin an der Rezeption. Vielen Dank.

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**, da ansonsten die entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Ist Ihr Kind gesetzlich krankenversichert, erhalten Sie eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Telefon/mobil

PLZ, Ort

Mitglied/

Zahlungspflichtiger

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versicherung

Privat

Privat/Basistarif

Gesetzlich

Zusatzversicherung

Name des Kinderarztes: _____

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie sie an:

Sind bei Ihnen folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten? (gegebenenfalls einkreisen)

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankungen? Herzpass seit: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Asthma oder Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten beim Atmen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lernschwäche oder Sprachprobleme? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leber- oder Nierenerkrankung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Schon jemals epileptische Anfälle gehabt? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ist oder war Ihr Kind in Therapie? <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hörprobleme oder Taubheit? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sehschwäche oder Blindheit? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Tumore oder bösartige Krankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Zangengeburt | | |
| 15. Fehlen Impfungen bzw. andere notwendige Kinderimpfungen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Leidet Ihr Kind unter sonstigen Krankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Hat Ihr Kind Allergien? Wie äußern sich diese? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Neuaufnahme Kinder-Anamnese Seite 2

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 18. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? wenn ja, was: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. War Ihr Kind schonmal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen? Wenn ja, was?: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zahnmedizinische Anamnese

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? Wenn ja, wann und bei wem war Ihr Kind in Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wurden innerhalb des letzten Jahres Röntgenbilder von Zähnen angefertigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Was ist der Grund für den heutigen Besuch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne? Womit? | | |
| Putzt Ihr Kind alleine? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat Ihr Kind genuckelt oder nuckelt es noch? (z.B. Daumen, Schnuller etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ernährungsgewohnheiten

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?
Wie lange? immer noch? morgens? <input type="checkbox"/> abends? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ist Ihr Kind ein guter Esser? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Isst Ihr Kind viel Süßes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate? Zahnpasta? <input type="checkbox"/> Fluoridsalz? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Möchten Sie ca. zwei Tage vor Ihrem Termin in der Praxis per SMS von uns an diesen erinnert werden?

ja nein

Möchten Sie in unseren Recall aufgenommen werden? Falls Ihr Kind in einem Jahr noch keine Kontrolluntersuchung hatte, können wir Sie per SMS darauf aufmerksam machen. Dies ist wichtig für die Zahngesundheit aber auch für das Bonusheft der Krankenkassen.

ja nein

Hierzu benötigen wir zwingend Ihre Handynummer

Für Neupatienten: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben. Des Weiteren erteile ich eine datenschutzrechtliche Einwilligung in die Speicherung der personenbezogenen Daten meines Kindes und mir durch die Praxis und zu Zwecken der Qualitätssicherung. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Meißenheim, den _____

Ort, Datum

Unterschrift