

Patienten-Aufnahmebogen

Name, Vorname (Patient/in):

Geburtsort, Geburtsdatum:

Name, Vorname (Versicherter):

Geburtsort, Geburtsdatum:

Geschlecht des Versicherten: männlich weiblich

Krankenkasse und private Zusatzversicherung:

Adresse:

Telefon (privat):

mobil:

geschäftlich:

Kinderarzt/Kinderärztin (Name):

Adresse, Telefon:

Logopäde/Logopädin (Name):

Adresse, Telefon:

Weitere mitbehandelnde Ärzte / Ärztinnen (z.B. Homöopath, Osteopath) - Name, Adresse, Telefon

Einverständniserklärung bei Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin / der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der / des Erziehungsberechtigten notwendig:

Name, Vorname (Erziehungsberechtigter):

Geburtsdatum:

Adresse:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigter

Anamnesebogen für das 1-3 Lebensjahr

Zutreffendes bitte ankreuzen

Alter des Kindes (Jahre): _____ Muttersprache: _____

Kinderarzt (Name): _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein ja Wenn ja, welche? _____

Leidet es an Allergien?:

nein ja Wenn ja, welche? _____

Hatte es schon einmal ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? nein ja

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? nein ja

Leidet Ihr Kind an Epilepsie? nein ja

Hat Ihr Kind Diabetes oder Schilddrüsenerkrankungen? nein ja

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? nein ja

Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? nein ja

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? nein ja

Andere Erkrankungen? _____

Zahnpflege Ihres Kindes

1. Wie oft werden die Zähne Ihres Kindes geputzt?

gar nicht manchmal 1 mal täglich 2-3 mal täglich

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta Erwachsenenzahnpasta

3. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind? Eltern Kind Eltern & Kind

4. Wann werden die Zähne von Ihrem Kind regelmäßig geputzt?

morgens mittags abends vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

5. Womit werden die Zähne Ihres Kindes geputzt?

Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

6. Hat Ihr Kind Fluoridtabletten bekommen? nein ja

7. Wird/Wurde Ihr Kind gestillt? nein ja

8. Geben Sie ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?

Wenn ja, woraus? Tasse/Becher mit Trinkaufsatz

offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz

9. Welche Getränke trinkt Ihr Kind am häufigsten?

Wasser ungesüßten Tee Apfelsaft Eistee Andere: _____

10. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

keine tags, wenn es müde ist häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen

Schnullert es/lutscht es nachts am Daumen: nein ja

Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen? nein ja

11. Waren Sie mit Ihrem Kind schon mal beim Zahnarzt?

nein ja weil: _____

12. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik? keine

13. Für welche Beschäftigung hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe (Spiele, Sport, Bücher, etc.)?

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, möchten wir etwas über Sie erfahren. In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z.B. Mutter des Kindes): _____

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?	nein	ja
Gehen Sie regelmäßig zur Kontrolle-/Vorsorgeuntersuchung?	nein	ja
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?	nein	ja

Haben Sie weitere Wünsche oder Anliegen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung:	nein	ja	von:	_____
Internet:	Google	Jameda	Facebook	Instagram
Zeitschriften:	Kredo	Crevelt	Life Stadteilmagazin	Top-Magazin
Zeitungen:	ExtraTipp	Welt	Rheinische Post	Westdeutsche Zeitung
Sonstiges:	Plakatwerbung	Flyer	Sonstiges:	_____

Ich habe den Anamnesebogen aufmerksam gelesen, alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet und bin damit einverstanden, dass mir bei Nichteinhaltung des Termins bzw. einer verspäteten Absage des Termins von unter 24 Stunden ein **Ausfallhonorar in Höhe von 50 €** in Rechnung gestellt wird.

Krefeld, den: _____ Datum Unterschrift: _____ Patient Unterschrift: _____ Behandler

Bitte bringen Sie zum nächsten Termin, wenn vorhanden, Ihre Röntgenbilder mit.