

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Wir möchten die Zahnbehandlung unserer kleinen Patienten so angenehm wie möglich gestalten. Damit wir uns auf die Wünsche und Bedürfnisse Ihres Kindes besser einstellen können, möchten wir sie bitten uns einige Informationen zu geben. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Familienname: _____ Vorname: _____

Krankenkasse: _____ Vers.Nr.: _____ Geb.Datum: _____

Name Versicherter: _____ Vorname Versicherter: _____ Titel: _____

Krankenkasse _____ Vers.Nr.: _____ Geb.Datum: _____

Straße: _____ PLZ-Ort: _____ Tel.Privat: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____ Tel.Firma: _____

_____ E-Mail: _____

Besteht eine Zusatzversicherung: Ja Nein

Wie sind Sie auf uns gekommen? Empfehlung von _____

Buswerbung Radiowerbung Internet (Google) Internet (Facebook)

Bei Überweisung bitte Name des Arztes:

Name des Kinderarztes:

Informationen zum Kindesumfeld:

- Gibt es Geschwister Ja Nein
- Besucht Ihr Kind Kinderkrippe Kindergarten Schule
- Bestehen derzeit Schmerzen? Ja Nein
- War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt Ja Nein
- Wenn ja, gab es dabei Probleme? Ja Nein
- Wenn ja, welche? Schmerz Räumlichkeiten Arzt Bohrgeräusche Sonstiges

Fragen zur Zahngesundheit

- Bekommt Ihr Kind eine Flasche, wenn ja wie lange schon?
- Was wurde mit der Flasche verabreicht?
- Was trinkt Ihr Kind sonst Wasser Tee Limo Saft
- Hat/Hatte Ihr Kind einen Schnuller? Ja Nein
- Wird oder wurde Daumen gelutscht? Ja Nein



• Wie erfolgt das Zähneputzen zu Hause?

Kind putzt selbst mit Kontrolle Eltern putzen nach nur die Eltern putzen

Handzahnbürste

Elektrische Zahnbürste

Wie oft täglich? 1 mal 2 mal 3 mal

Wird Zahnseide benutzt? Ja Nein

• Bekommt Ihr Kind Fluoride?

Falls ja, in welcher Form?

Zahnpaste Tabletten Fluoridgel Fluoridiertes Speisesalz

Fragen zur allgemeinen Gesundheit Ihres Kindes:

- Herzerkrankungen, -fehler
- Lungenerkrankungen, Asthma
- Bluterkrankungen/ Blutgerinnungsstörungen
- Leber oder Nierenerkrankungen
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)
- Hauterkrankungen
- Diabetes oder Stoffwechselstörungen
- Krampfanfälle
- Geiste Beeinträchtigung oder Behinderung
- ADHS oder sonstige Aufmerksamkeitsstörungen
- Sonstige Erkrankungen

Hat Ihr Kind eine Allergie? Wenn ja, auf was?:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?:

Ist Ihr Kind gg. Tetanus (Wundstarrkrampf) geimpft?:

Wurde Ihr Kind stationär behandelt? Wenn ja, wann?:

Besondere Interessen Ihres Kindes:

Lieblingstier:

Lieblingsbuch/ Film:

Lieblingsfarbe:

Sport oder Hobby:

Danke für Ihre Mitarbeit!

Bitte beachten Sie, dass wir **nicht eingehaltene Termine**, welche nicht wenigstens 24 Stunden vorher abgesagt wurden mit **mindestens € 140,- in Rechnung** stellen! Beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse weiters, dass nach der Verabreichung von Injektionen Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt ist! Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich Änderungen spezifischer Erkrankungen und Medikamenteneinnahmen bekannt zu geben.

Salzburg, am _____ Ihre Unterschrift _____