

**Zahnarztpraxis
Dr. Kurt Fleck
Dr. S.H. Höhn-Fleck
Wilhelm-Leuschner-Str.16
64347 Griesheim
06155-5716
praxis@griesheim-zahnarzt.de
www.griesheim-zahnarzt.de**

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Kind

Name/Vorname _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o. Ä. _____
Kinderarzt / Hausarzt _____

Versicherungsnehmer

Krankenkasse _____
Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Sorgeberechtigte

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Telefonnummer _____

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Telefonnummer _____

Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis – das heißt, dass wir die Zeit für Ihren Termin extra für Sie reservieren. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen ansonsten die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie
- Kinderarzt
- Telefonbuch / Branchenbuch
- Kita
- Internetportale, z. B. jameda: _____
- Sonstiges: _____

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere Internetseite angesehen? ja / nein

Möchten Sie an die Vorsorgetermine Ihres Kindes erinnert werden? Ja / nein
Wenn ja, per Brief oder per E-Mail _____

ANAMNESE DES KINDES (KRANKENGESCHICHTE)

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? _____

Und wann das letzte Mal? _____

Besteht Zahnarztangst? ja / nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt? ja / nein

Wenn ja, wann und an welchen Zähnen? _____

Gab es Zahnunfälle? ja / nein

Wenn ja, welches Alter und an welchen Zähnen? _____

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

Daumenlutschen? ja / nein

Gebrauch eines Schnullers? ja / nein

Lispeln? ja / nein

dauerhaft offener Mund? ja / nein

Zungen- oder Wangenpressen? ja / nein

dauerhafte Mundatmung? ja / nein

Lippenbeißen? ja / nein

FRAGEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT DES KINDES

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

Allergien? ja / nein

Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen? ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten? ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Bluterkrankungen? ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Schilddrüsenerkrankungen? ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Diabetes? ja / nein

Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig Medikamente ja / nein?

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen? ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind eine Gelenkprothese, ja / nein z. B. ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk?

Wenn ja, was genau? _____

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? ja / nein

Wenn ja, wo? _____

Bei Leitungsanästhesien im Unterkiefer kann es in seltenen Fällen zur Irritation der Unterkiefernvenenstränge kommen. Dies äußert sich durch ein anhaltendes Taubheitsgefühl der Lippen und Zungenstellen über Tage/Wochen. Der Zahnarzt hat keinen Einfluss darauf, es ergibt sich aus anatomischen Verhältnissen des einzelnen Patienten.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Behandlung und die Benutzung meiner Patientendaten durch die behandelnden Zahnärzte der Zahnarztpraxis Fleck/Höhn-Fleck ein.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die nächsten Kontrolltermine durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich/wir habe/n diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige/n mit meiner/unserer Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde/n ich/wir unverzüglich mitteilen.

Datum _____ Unterschrift _____

Datum _____ Unterschrift _____

Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handele:

Datum _____ Unterschrift _____