

ANAMNESEBOGEN



Liebe Eltern,

um Ihr Kind optimal betreuen zu können und eine entspannte Zahnbehandlung durchführen zu können, benötigen wir neben den Personalien auch wichtige weitere Informationen. Bitte füllen Sie im Vorfeld diesen Fragebogen aus und teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustandes rechtzeitig mit.

Patient*in:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl, Wohnort:

Geschlecht: m () w () d ()

Krankenkasse:

gesetzlich ()

privat ()

mitversichert bei
Mutter ()

mitversichert bei
Vater ()

Schulklasse/Kinder
gartengruppe:

Mutter:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beruf:

Sorgerecht: Mutter () Vater () andere ()

Vater:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beruf:

besondere familiäre Situation?

Grund des Besuches Ihres Kindes:

Mit welchem Anliegen kommen Sie und Ihr Kind zu uns?

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?

Wann war Ihr Kind das letzte Mal bei einer Zahnärztin/einem Zahnarzt?

Hat Ihr Kind Schmerzen? Ja () Nein ()

Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten? Ja () Nein ()

Hat Ihr Kind Karies? Ja () Nein ()

Hat Ihr Kind lockere Zähne? Ja () Nein ()

War die letzte
Behandlung erfolgreich? Ja () Nein ()

Knirscht Ihr Kind? Ja () Nein ()

Atmet Ihr Kind durch den
Mund? Ja () Nein ()



ANAMNESEBOGEN



Allgemeinerkrankungen:

- | | | | |
|--|-----------------|---------------------------|-----------------|
| Herzerkrankung, Herzfehler oder Herzgeräusche: | Ja () Nein () | Asthma, Heuschnupfen: | Ja () Nein () |
| Erhöhter Blutdruck: | Ja () Nein () | Lungenerkrankung: | Ja () Nein () |
| Niedriger Blutdruck: | Ja () Nein () | Schilddrüsenerkrankung: | Ja () Nein () |
| Allergien: | Ja () Nein () | Lebererkrankung: | Ja () Nein () |
| Überempfindlichkeiten: | Ja () Nein () | Nierenerkrankung: | Ja () Nein () |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | Ja () Nein () | Magen-, Darmerkrankung: | Ja () Nein () |
| Bluterkrankung: | Ja () Nein () | Rheuma: | Ja () Nein () |
| erhöhte Blutungsneigung: | Ja () Nein () | Anfallsleiden, Epilepsie: | Ja () Nein () |
| Sehprobleme: | Ja () Nein () | Muskelerkrankung: | Ja () Nein () |
| Hörprobleme: | Ja () Nein () | geistige Behinderung: | Ja () Nein () |
| Infektionserkrankung (HIV, etc.): | Ja () Nein () | Entwicklungsverzögerung: | Ja () Nein () |
| Transplantation, Immunschwäche: | Ja () Nein () | Genetische Erkrankung: | Ja () Nein () |
| liegen Schlafstörungen oder Konzentrationsstörungen vor? | Ja () Nein () | | |
| Fehlen Ihrem Kind Impfungen? | Ja () Nein () | Welche? | |
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente: | Ja () Nein () | Welche? | |
| Gab es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Medikamente? | Ja () Nein () | Welche? | |

Name und Anschrift der Kinderärztin/des Kinderarztes:

Elternfragen:

- | | |
|--|--------------------------------|
| Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarztbesuch? | Mutter () Vater () Beide () |
| Haben Sie selbst Allergien? | Mutter () Vater () Beide () |
| Neigen Sie zu Karies? | Mutter () Vater () Beide () |
| Neigen Sie zu Zahnstein? | Mutter () Vater () Beide () |
| Neigen Sie zu Zahnfleischbluten? | Mutter () Vater () Beide () |

ANAMNESEBOGEN



Zahnpflege

Das Kind putzt die Zähne

- noch nicht
- nicht regelmäßig
- 1x täglich
- 2x täglich
- 3x täglich

Ihr Kind putzt

- bereitwillig
- mit Widerstand
- wechselhaft
- allein
- Eltern putzen nach
- Eltern putzen allein
- vor den Mahlzeiten
- nach den Mahlzeiten
- mit einer Handzahnbürste
- mit einer elektrischen Bürste
- wie lange? Minuten
- nutzt Zahnseide/Zahnseidesticks

Ernährung

Ihr Kind wird/wurde gestillt

Ja () Nein ()
wie lange? () Monate

Gab es Schwierigkeiten beim Stillen?

Ja () Nein ()
welche?

Ihr Kind bekommt bereits zusätzlich Getränke

- Ja () Nein ()
- Wasser
- ungesüßter Tee
- Saftschorle
- Saft
- Milch (Kuh-, Pflanzenmilch)
- Kakao
- Limonade, Cola, Eistee

Fluoridanamnese

Eine Tablettenfluoridierung wird/wurde durchgeführt

Ja () Nein ()

Enthält Ihre Kinderzahnpaste Fluorid?

Ja () Nein () wenn ja, wieviel und welche Menge?

500ppm () 1000ppm ()

in Reiskorngröße () in Erbsengröße ()

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?

Ja () Nein ()

Verwenden Sie Fluorid-Gel (z.B. Elmex-Gelee)?

Ja () Nein ()

Verwenden Sie sojahlaltige Säuglingsnahrung oder Heilwasser?

Ja () Nein ()

Ihr Kind bekommt/bekam Säuglingsnahrung

- Pre
- Folgemilch
- tagsüber
- nachts
- zum Einschlafen

wann?

tagsüber () nachts () zum Einschlafen ()

woraus?

- Flasche
- Tasse, Becher mit Trinkaufsatz
- offene Tasse, Becher

ANAMNESEBOGEN



Ernährung

Wie häufig isst Ihr Kind Süßes?

- selten
- 1-2x Woche
- 1x täglich
- 2x täglich
- mehr als 3x täglich

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind?

- 1-2
- 2-3
- mehr als 3

Bietet Ihre Krippe, Kita, Tagespflege einen zuckerfreien Vormittag an?

Ja () Nein ()

Welche Ernährungsform praktizieren Sie?

- vegan
- vegetarisch
- gemischt

Die Welt Ihres Kindes

Liebblings-Beschäftigung:

Liebblings-Puppe/Kuscheltier:

Lieblingstier:

Lieblingsessen:

Liebblingsbuch:

Liebblingslied:

Hat Ihr Kind Geschwister?

Ja () Nein ()
wenn ja, welches Alter?

Gewohnheiten

Mein Kind schnullert/lutscht am Daumen

- Ja
- Nein
- häufig zur Beruhigung
- tagsüber, wenn es müde ist
- immer zum Einschlafen
- Daumen
- Schnuller

Mir sind Fehlstellungen der Zähne aufgefallen

Ja () Nein ()

Geht Ihr Kind zur Logopädie?

Ja () Nein ()

Geht Ihr Kind zum Kieferorthopäden?

Ja () Nein ()

liebste Freundin. liebster Freund:

Lieblingssport:

liebste Serie, liebster Film:

Lieblingsfarbe:

Lieblings-Star:

schönster Urlaub:

Hat Ihr Kind Haustiere?

Ja () Nein ()
wenn ja, welche?

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

Datenschutzerklärung



Um die persönlichen Daten Ihres Kindes zu Dokumentationszwecken zu speichern, benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir sind verpflichtet die Behandlungsunterlagen Ihres Kindes für 10 Jahre, Röntgenbilder bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufzubewahren. Diese Daten werden nur mit Ihrer Zustimmung verschlüsselt an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich das ZMVZ Z17 Göttingen GmbH, Groner Straße 17a, 37073 Göttingen von der Schweigepflicht gegenüber der Kinderärztin/dem Kinderarzt, der/dem weiterbehandelnden Ärztin/Arzt bzw. Zahnärztin/Zahnarzt, dem beauftragten Dentallabor (zum Zwecke der Dienstleistung zur Diagnose), dem Labor zur Auswertung von mikrobiologischen Proben, Apotheken, Krankenhäusern, Krankenkassen, Krankenversicherungen und Abrechnungsgesellschaften.

An o.g. Stellen dürfen bei Bedarf Daten aus den Behandlungsunterlagen gesendet werden, die als notwendig erachtet werden. Darüber hinaus willige ich ein, dass die Zahnärztin/der Zahnarzt auf Anforderung der/des weiterbehandelnden Zahnärztin/Zahnarztes weitere Informationen über die betreffende Behandlung erteilt.

Ich bin mit einem kostenlosen Erinnerungsservice zur Benachrichtigung empfohlener Recall-Termine sowie der Bestätigung längerer Termine einverstanden.

Aus organisatorischen Gründen, insbesondere der gemeinsamen Nutzung von Räumlichkeiten und der IT, ist ein vollständiger Austausch von Daten zwischen den Behandlern des ZMVZ Z17 Göttingen nötig. Ich willige ein, dass die erhobenen Daten verarbeitet und untereinander ausgetauscht werden dürfen. Die Einwilligung betrifft auch die angestellten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Der oben ausgehängten Datenschutzerklärung stimme ich ebenfalls zu.

Patientenname

Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigter)

Datum

Unterschrift

