

Willkommen in unserer Praxis Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen



Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte ich Sie um Ausfüllung dieses Anamnesebogens.

Er wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Die Angaben dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne ansprechen.

Patient

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (Arbeit): _____ Handy: _____ Provider: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Freiwillig versichert Gesetzlich versichert

Privat versichert

Wenn privat versichert: Vollschutzvertrag Standardversichert Beihilfeberechtigt

Wie wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam: _____

Versicherter

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (Arbeit): _____ Handy: _____ Provider: _____

E-Mail: _____

In unserer Praxis legen wir Wert auf individuelle Patientenbetreuung und Beratung!

Ihre Krankenkasse übernimmt möglicherweise nicht alle Leistungen, die Sie von unserer Praxis in Anspruch nehmen möchten, wie z.B. **professionelle Zahnreinigung** oder **Kasse Plus Leistungen**. Wir informieren Sie gerne über Ihre Wünsche und Fragen zum Thema Zahnmedizin.

Wünschen Sie über unsere Prophylaxesystem informiert zu werden?

Nein Ja

Im Rahmen der Qualitätssicherung und Patientenbetreuung können - unabhängig von den diagnostischen Aufnahmen - Fotoaufnahmen angefertigt werden.

Sind sie mit der Anfertigung dieser Fotoaufnahmen einverstanden.

Nein Ja

Zum Schluss noch:

Möchten Sie eine Erinnerung an Ihren Folgetermin per SMS : Ja Nein

Damit wir rechtzeitig umdisponieren und somit Ausfallzeiten vermeiden, sollten Sie Ihren vereinbarten Termin mindestens 24 Stunden vorher absagen, sollte die Termindauer länger als 1 Stunde betragen, bitten wir Sie diesen mindestens 72 Stunden davor abzusagen. Sollte dies nicht geschehen, werden wir die Ausfallzeit in Rechnung stellen.

Datum _____

Unterschrift _____

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen



Patient

Name, Vorname: _____

geb.: _____

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie sie an:

Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten? Gegebenenfalls bitte einkreisen)

1. Herzfehler, Herzgeräusch oder Herzerkrankung? Ja Nein
Wenn ja, Herzpass seit _____
2. Asthma oder Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung? Ja Nein
3. Lernschwäche oder Sprachprobleme? Ja Nein
4. Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung? Ja Nein
5. Leber- oder Nierenerkrankung? Ja Nein
6. Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt? Ja Nein
7. Spastik oder veränderter Muskeltonus? Ja Nein
8. Hörprobleme oder Taubheit? Ja Nein
9. Sehschwäche oder Blindheit? Ja Nein
10. Infektionskrankheiten wie z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? Ja Nein
11. Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes? Ja Nein
12. Tumore oder bösartige Krankheiten? Ja Nein
13. Blutkrankheiten (blutet ihr Kind länger als üblich)? Ja Nein
14. Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?
Frühgeburt? Ja Kaiserschnitt? Ja Zangengeburt? Ja
15. Fehlen Impfungen bzw. andere notwendige Kinderimpfungen? Ja Nein
16. Leidet Ihr Kind unter sonstigen Krankheiten? Ja Nein
17. Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein
wenn Ja, welche? _____
18. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein
wenn Ja, welche _____
19. War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)? Ja Nein
20. Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente
zu sich genommen? Ja Nein
wenn Ja, welche _____
21. Name des Kinderarztes _____

Zahnmedizinische Anamnese

1. War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? Ja Nein
Wenn Ja, wann und bei wem war Ihr Kind in Behandlung? _____
2. Hat ihr Kind Zahnschmerzen? Ja Nein
3. Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? Ja Nein
4. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? Ja Nein
5. Was ist der Grund für den heutigen Besuch? _____

Ernährungsgewohnheit

1. Ist ihr Kind gestillt worden? Ja Nein
wenn Ja, wie lange _____
2. Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? Ja Nein
wenn Ja, wie lange _____ Monate immer noch? morgens? Ja Nein abends? Ja Nein
Was war/ist in der Flasche? _____
3. Ist ihr Kind ein guter Esser? Ja Nein
4. Isst ihr Kind viel süßes? Ja Nein
5. Geben Sie Ihrem Kind Fluor-Präparate? Ja Nein
Zahnpasta? Ja Nein Fluorsalz? Ja Nein

Datum _____ Unterschrift _____