

## Patienten-Aufnahmebogen

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

---

Nachname, Vorname (Patient/in)

Geburtsdatum/Geburtsort

---

Nachname, Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum/Krankenkasse

---

Adresse

---

Telefon

---

Kinderarzt/Kinderärztin - Name, Adresse, Telefon

---

Kieferorthopäde/Kieferorthopädin - Name, Adresse, Telefon

---

Logopäde/Logopädin - Name, Adresse, Telefon

---

Weitere behandelnde Ärzte / Ärztinnen - Name, Adresse, Telefon

## Einverständniserklärung bei der 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:

---

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

---

Adresse

---

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Erziehungsberechtigten:

---

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

---

Adresse

---

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

# Anamnesebogen für Kinder (1.- 6. Lebensjahr)



Antje Ehrhardt-Merzendorfer  
Zahnärztin & Heilpraktikerin

Ganzheitliche Zahnheilkunde  
Neuraltherapie · Applied Kinesiology  
Orthomolekulare Medizin

Eisenacher Straße 18 · 36167 Nüsttal-Morles  
[www.die-zahn-praxis.de](http://www.die-zahn-praxis.de)  
Telefon (06684) 616 · Fax (06684) 91 79 45

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

**Hinweis:** Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe. In den meisten Fällen sind diese ausreichend. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.

## Zutreffendes bitte ankreuzen

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? _____  |                             |                               |
| Leidet es an Allergien (Jod), Asthma oder Heuschnupfen?                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)?                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat Ihr Kind Diabetes oder eine Schilddrüsenerkrankung?                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörung)?               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Andere Erkrankungen? _____  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

- gar nicht  manchmal  1x täglich  2-3 x täglich

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

- gar keine  fluoridfreie  Kinderzahnpasta  Erwachsenenzahnpasta

Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

- Eltern  Kind  Eltern und Kind

Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

- morgens  mittags  abends  vor Mahlzeiten  nach Mahlzeiten

Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

- Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?  ja  nein

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?  ja  nein

Wird/wurde Ihr Kind gestillt?  ja  nein

Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?  ja  nein  
Wenn ja, woraus?  Tasse/Becher mit Trinkaufsatz  Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz

Bekommt Ihr Kind nachts (20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken?  ja  nein

Welches Getränk ist am häufigsten in der Flasche?

Wasser  ungesüßter Tee  Apfelsaft  Eistee  andere: \_\_\_\_\_

Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? \_\_\_\_\_ (Jahr/Monat)

Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

keine  tags, wenn es müde ist  zur Beruhigung  zum Einschlafen  nachts

Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Zahnarzt?  ja  nein

Welche Erfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?

---

---

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlichen Behandlungen zu erfahren.

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?  ja  nein

Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/Vorsorgeuntersuchung?  ja  nein

Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?  ja  nein

Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?  ja  nein

### Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.
- Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten nach Art. 6 Nr. 1a DS-GVO, §3 Abs. 4 Nr. 3 BDSG einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Für Praxis! Anamnese aktuell?

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_