



Anamnesebogen

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Rufname? _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: Straße / Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Krankenkasse: _____

Pflichtversichert freiwillig versichert zusatzversichert

Privat Standardtarif Beihilfe

Familienstand: alleinerziehend: verheiratet: geschieden:

Erziehungs-/sorgeberechtigte/r: Vater Mutter andere

Zahlungspflichtige/r Vater Mutter andere

Über wen ist ihr Kind versichert? Vater Mutter andere

Vor- und Nachname: **Mutter:** _____ **Vater:** _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnummer/n _____

Handynummer _____

Gibt es Personen, die im juristischen Sinne Ihrem Kind fernbleiben muss?

Wenn Ja, bitte Namen angeben: _____

Name und Anschrift des Kinderarztes: _____

----- weiter auf der Rückseite -----



Allgemeinmedizinische Informationen:

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen?

- Nein, es liegt keine Grunderkrankung bei meinem Kind vor
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma...)
- Epilepsie
- Schilddrüsenerkrankung
- Herzerkrankung / -geräusche
- Bluterkrankung (z.B. Anämie, Gerinnungsstörung...)
- Augenprobleme / Glaukom
- Lebererkrankung
- Rheuma / rheumatisches Fieber
- Magen-Darm-Erkrankung
- Immunsuppression
- Geistige Verzögerung / Behinderung / Lernschwäche
- Sprachstörungen
- Diabetes
- Spastik
- Nierenerkrankung
- HIV / AIDS
- Tuberkulose
- Hepatitis
- Nervenerkrankungen
- Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte
- ADS / ADHS
- _____

Wurde bei Ihrem Kind eine der folgenden Therapien vorgenommen?

- Bluttransfusion
- Strahlentherapie
- Logopädie
- Es wurde keine der genannten Therapien vorgenommen.
- Chemotherapie
- Herzoperation
- _____

Leidet Ihr Kind an Allergien, Medikamenten- / Lebensmittelunverträglichkeiten?

- Ja
- Nein

Falls ja, worauf reagiert Ihr Kind? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

- Ja
- Nein

Falls ja, welche Medikamente nimmt Ihr Kind? _____

Zahnärztliche Anamnese:

Grund Ihres Besuchs: _____

War Ihr Kind vorher schon zur zahnärztlichen Untersuchung / Behandlung?

- ja
- Nein

Falls ja, bei wem? _____

Wurden die Zähne Ihres Kindes bereits geröntgt?

- ja
- Nein

Falls ja, wo und wann? _____

Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

- ja
- Nein

Falls ja, wo und wann? _____

Lutscht Ihr Kind am Finger oder Schnuller bzw. hat dies getan?

- ja
- Nein

Falls ja, bis zu welchem Alter? _____



Zahnpflege:

Womit putzt Ihr Kind?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Handzahnbürste | <input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste |
| <input type="checkbox"/> Munddusche | <input type="checkbox"/> Zahnseide |
| <input type="checkbox"/> Zwischenraumbürstchen | <input type="checkbox"/> Zahnhölzchen |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Putzt Ihr Kind alleine die Zähne? ja Nein

Putzen Sie noch nach? ja Nein

Falls ja, wann? _____

Benutzen Sie Zahnpasta mit Fluorid ohne Fluorid?

zusätzliche Fluoridierungsmaßnahmen?: ja Nein

Falls ja Welche? _____

Ernährung:

Mein Kind wird noch gestillt ja Nein

Es wurde bis zum Alter von _____ Monaten gestillt.

Mein Kind trinkt aus dem Becher der Nuckelflasche?

Was trinkt ihr Kind? _____

Wie viele Mahlzeiten bekommt Ihr Kind?

- 2-3x 4-5x öfter

Gibt es Zwischenmahlzeiten / Snacks/Teepause? ja Nein

Falls ja, wie oft? _____

Was isst Ihr Kind zwischendurch? _____

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja Nein

Bekommt / bekam Ihr Kind Fluoridtabletten? ja Nein

Da wir eine Bestellpraxis sind, sind wir auf zuverlässiges Einhalten der Termine angewiesen. Bitte sagen Sie daher Ihren Termin spätestens 24h vorher ab oder legen uns ein ärztliches Attest vor, andernfalls sind wir berechtigt Ihnen die Ausfallzeit anteilig mit 25-50€ zu berechnen.

Falls Sie über Mehrkosten informiert werden, bitten wir Sie diese direkt vor Ort per ec-cash oder per Rechnung über unser Abrechnungsbüro BFS Health Finance zu begleichen.

Zur Kenntnisnahme: Hiermit klären wir Sie darüber auf, zweimal jährlich eine Kontrolle der Zähne durchführen zu lassen und dass ab 12 Jahren ein Bonusheft geführt werden muss.

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz gelesen.

Ahrensburg, den _____
Datum

Unterschrift

Allgemeine Hinweise zur Datenverarbeitung

Patienteninformation und Einverständniserklärung

Patient:

Name : _____ Vorname: _____ geb: _____

Name : _____ Vorname: _____ geb: _____

Name : _____ Vorname: _____ geb: _____

Name : _____ Vorname: _____ geb: _____



gesetzlicher Vertreter (i.d. R. die Eltern) :

Name : _____ Vorname: _____
SEN

Straße : _____ Hausnr. : _____

PLZ : _____ Ort : _____

Telefon: _____

E-mail: _____

DRES. MED. DENT. H.-M. GUNIA UND M. BAN-

SEN
WALDSTR. 1, 22926 AHRENSBURG

Sehr geehrte/r Patient/in,

es besteht die Möglichkeit die halbjährlichen Kontrolltermine, Termine zur Neuaufnahme und Termine zur Zahnreinigung online über unsere Homepage zu vereinbaren.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass wir eine Bestellpraxis sind und auf zuverlässiges Einhalten der Termine angewiesen sind. Bitte sagen Sie daher Ihren Termin spätestens 48 Stunden vorher ab, andernfalls sind wir berechtigt Ihnen die Ausfallzeit anteilig je nach Zeitaufwand mit 25-50€ zu berechnen.

Digitaler Versand von Röntgenbildern/Dokumenten an Sie oder weiterbehandelnde (Zahn-)Ärzte

Einverständniserklärung: **Ja**, ich möchte den digitalen Versand von Röntgenbilder und ggf. Dokumenten nutzen

(Bitte ausfüllen/ankreuzen) E-Mail: _____

Nein, ich hole meine Röntgenbilder gegen eine Aufwandsentschädigung Höhe von 5-11€ persönlich ab. **(Der Versand von Röntgenbilder ist per Post nicht möglich)**

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten/Versicherten/Erziehungsberechtigten