**Liebe Eltern!**

**Wir sind an einer guten Behandlung ihres Kindes interessiert, deshalb bitten wir Sie, diesen speziellen Kinder-Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen.**

**Ihre Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, helfen uns, Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

**Ihr Praxisteam**

**Patientenfragebogen Kleinkinder**

|  |
| --- |
|  |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif |
| Vor-/Nachname des Kindes  | Geburtsdatum, Geschlecht: C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif m  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif w |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif |
| Erziehungsberechtigter / Zahlungspflichtiger | Geburtsdatum, Geschlecht: C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif m  C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gifw |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif |
| Telefon (privat / mobil) |  |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif |
| E-Mail |  |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif |
| Name der Krankenkasse / Versicherung |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif | Gesetzlich versichert | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif | Gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung |
| C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif | Privat versichert |
| C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif | Beihilfeberechtigt |

 |
|  |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif**Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten / der Erziehungsberechtigten notwendig. |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif |
| Ort, Datum | Unterschrift gesetzlicher Vertreter |
|  |

**Allgemeine Gesundheitsangaben**

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen:

..................................................................................................................................

Wer ist der behandelnde Kinderarzt?

..................................................................................................................................

Bestehen oder bestanden schwerwiegende Erkrankungen bei Ihrem Kind?

..................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** |  |
| Herzerkrankung | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |
| Herzoperation | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |
|  |  |  |
| **Allergien / Unverträglichkeiten:** |  |
| Lokalanästhetika | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |
| Schmerzmittel | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |
| Antibiotika |  Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| **Andere** z.B. Latex/Gummi,Nickel/Chrom, Kunststoff, Jod, Heuschnupfen o.Ä, C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif |  |
|  |  |
| **Weitere Erkrankungen:** |  |
| Blutgerinnungsstörungen | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| Asthma | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| Lungenerkrankungen | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| Schilddrüsenerkrankungen | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| Rheuma | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| Epilepsie | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| Diabetes | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| Nierenfunktionsstörungen | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| Lebererkrankung | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| Magen-Darm-Erkrankung | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| Genetische Erkrankung | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |
| Geistige Erkrankung | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |  |  |

Sonstige Infektionen/Erkrankungen/Behinderungen:

..................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Regelmäßige Medikamente | C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |
| Wenn ja, welche?  |
| .................................................................................................................................. |

**Fragen aus zahnärztlichen Gründen**

Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen?

 Ja  Nein

Lutschte Ihr Kind an:

 Daumen  Finger  Schnuller   Nein

 Sonstiges:

....................................................

Wenn ja, bis zu welchem Alter?

..................................................................................................................................

Besteht Mundatmung (auch Schlafen mit offenem Mund)?

 Ja   Nein

Bestehen häufige Erkältungskrankheiten (Schnupfen, Angina, Bronchitis usw.)?

 Ja   Nein

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf:

 Zunge  Lippe  Fingernagel  Nein

Sonstiges:

..................................................................................................................................

Bestehen oder bestanden Sprachstörungen (z.B. Lispeln)?

 Ja   Nein

Wenn ja, welche?

..................................................................................................................................

Wurde/wird bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt?

 Ja   Nein

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers?

 Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art und wann?

..................................................................................................................................

Gingen bei einem Unfall Milchzähne verloren?

 Ja   Nein

|  |  |
| --- | --- |
| **Ernährung und Essgewohnheiten:** |  |
| **Was isst / trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?** |
| kasten überwiegend süß C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif überwiegend deftig C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif gemischt |
| C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Wasser C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Tee C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Milch C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Kakao C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gifSaft C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Schorle |
| kasten **Lieblingsessen**.................................................................................................................................. |
| Isst Ihr Kind gern Süßes? C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Ja C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Nein |
| Wenn ja, C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif mehrmals/Tag C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif 1x/Tag C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gifselten |
|  |
| **Mundhygiene:** |
| Wie werden die Zähne geputzt? C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Vom Kind |
| C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Mit Hilfe der Eltern C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Von den Eltern |
| Wie oft werden die Zähne geputzt?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mal am Tag |
| Womit werden die Zähne geputzt? Handzahnbürste C:\DAISY\data\gif\teile\kasten.gif Elektrische Zahnbürste |

Nimmt Ihr Kind zusätzlich Fluorid zu sich?

Tabletten  Fluoridiertes Speisesalz  Zahnpasta  Nein

Sonstiges

**Fragen zur Röntgenuntersuchung**

Wurden ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?

 Ja  Nein

Wenn ja, Name der Praxis:

..................................................................................................................................

Hinweis:

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Wir möchten Sie bitten, vorhandene Röntgenaufnahmen des Kieferbereichs mitzubringen.

**Zum Schluss**

Ist das der erste Zahnarztbesuch?  Ja  Nein

Wenn nein, wann war der letzte Besuch?

..................................................................................................................................

Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt?

 Ja  Nein

Hat Ihr Kind Beschwerden? Wenn ja, welche?

..................................................................................................................................

Gibt es sonst noch etwas, das sie uns mitteilen möchten?

..................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Wichtige Informationen:** |
| C:\DAISY\data\gif\teile\punkt_1.gif | Hiermit bestätige ich, dass ich / meine Tochter / mein Sohn **nicht** im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. im Studententarif der Privaten Krankenversicherung versichert ist. |
| C:\DAISY\data\gif\teile\punkt_1.gif | Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. |

**Nicht zutreffendes bitte durchstreichen!** |
| C:\DAISY\data\gif\teile\lineh1.gif |
| Ort, Datum | Unterschrift gesetzlicher Vertreter / Zahlungspflichtiger |