



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis und vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Um eine mögliche zahnärztliche Therapie risikolos und individuell auf Sie abzustimmen, benötigen wir von Ihnen Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und teilen uns zukünftig jede Veränderung mit. Alle Angaben in diesem Bogen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Patientendaten

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Telefon/Mobil : _____
Straße: _____ E-Mail: _____
PLZ/Ort: _____ Arbeitgeber: _____

Gesetzliche Krankenkasse: _____

- pflichtversichert freiwillig versichert zusatzversichert zuzahlungsfrei (Hartz IV)

Private Krankenkasse: _____

- vollversichert Standardtarif Anspruch auf Beihilfe

Name des Versicherten: _____

(falls abweichend von den Patientendaten)

Straße: _____ Geburtsdatum: _____
PLZ/Ort: _____ Arbeitgeber: _____

Persönliche Fragen

Was ist der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis? _____

Worauf legen Sie besonders Wert? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie unverbindlich an die nächste Kontrolluntersuchung ihres Kindes erinnert werden?

- Nein Ja per SMS per Post per Email

Medizinische Fragen

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

- nein ja, bei welchem Arzt? _____

Wann war Ihr Kind zuletzt beim Zahnarzt (ungefähr)? _____

Hat Ihr Kind Angst vor der Zahnbehandlung? nein ja

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein ja Welche? _____

Leidet Ihr Kind unter einer Medikamentenunverträglichkeit?

nein ja Welche _____

Ist ein Medikamentenplan vorhanden?

nein ja

Leidet Ihr Kind unter Allergien?

Nein Ja Heuschnupfen Asthma Latex
 Antibiotika Schmerzmittel Andere _____

Leidet Ihr Kind an einer Infektionskrankheit?

Nein Ja Hepatitis A/B/C TBC HIV
 Andere _____

Leidet Ihr Kind an einer Herz-Kreislaufkrankung?

Nein Ja Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck
 Schlaganfall Herzinfarkt Herzklappenerkrankung
 Einnahme Blutverdünner Herzschrittmacher
 Andere _____

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen?

Rheuma Epilepsie Grauer Star Blutungs-
neigung
 Lungenerkrankung Schilddrüsen-
erkrankung Diabetes
mellitus
 Ohnmachtsneigung Lebererkrankung Nierenerkrankung
 Magen-Darmerkrankung Osteoporose
 Andere _____

Sonstige Angaben zu Erkrankungen (z.B. auch Kopfschmerzneigung) oder Operationen? _____

Wurde Ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kieferbereich geröntgt?

- Nein Ja

Gab es mal Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung?

- Nein Ja Welche? _____

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____
ggf. Sorgeberechtigter

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

Hier noch ein Hinweis:

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und die Angebote ab dem 6. Geburtstag für regelmäßige individuelle Prophylaxe, sie sind in den meisten Fällen ausreichend. Sollte wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.

Vielen Dank

Ihr Team der Zahnarztpraxis Dr.med.dent. Kristina Diermeier