

# ANAMNESEBOGEN

(BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN)

Bevorzugte Anrede:  Frau  Herr  \_\_\_\_\_

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass meine angegebene E-Mail-Adresse zum Zweck der Terminerinnerung und zur Mitteilung medizinischer oder organisatorischer Informationen genutzt wird.

Name der Krankenkasse oder Versicherung

ich bin:  gesetzlich versichert  privatversichert  beihilfeberechtigt  zusatzversichert  freiwillig versichert  
 Basistarif  nicht Basistarif

Überweisende hausärztliche oder zahnärztliche Praxis – Name, Adresse, Telefon

Hausärztliche Praxis – Name, Adresse, Telefon

### Angaben über die Eltern des Kindes:

	Erziehungsberechtigte Person	Erziehungsberechtigte Person	Andere
Vorname, Nachname:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Adresse:	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Geburtsdatum:	_____	_____	_____
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kind versichert über:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechnung an:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist eine Betreuung nach §1896 – 1980i BGB vorhanden:  Ja  Nein

### Einverständniserklärung bei der Behandlung minderjähriger Personen

Hat die zu behandelnde Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der erziehungsberechtigten Person notwendig:

Datum

Unterschrift erziehungsberechtigte Person

## TEIL 2

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  Nein  
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  Nein  
Herzklappenerkrankung-/defekt  Ja  Nein  
Koronare Herzerkrankung  Ja  Nein  
Herz-OP (Datum: \_\_\_\_\_)  Ja  Nein  
Herzschrittmacher  Ja  Nein

### Allergien/Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika  Ja  Nein  
Medikamente  Ja  Nein  
Antibiotika  Ja  Nein  
Andere: \_\_\_\_\_  
Allergiepass  Ja  Nein

Wurde Ihr Kind im letzten halben Jahr operiert? Wenn ja, Art der OP: \_\_\_\_\_

### Infektionserkrankungen:

- HIV  Ja  Nein  
Hepatitis (A, B, C, D)  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
Andere: \_\_\_\_\_

### Blut:

- Blutarmut  Ja  Nein  
Blutungsneigung  Ja  Nein

### Lunge:

- Asthma/Chronische Bronchitis  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein

### Nervensystem:

- Anfallsleiden  Ja  Nein  
Depressionen  Ja  Nein  
Rheumatische Erkrankungen  Ja  Nein  
Andere: \_\_\_\_\_

### Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein  
Nierenerkrankungen  Ja  Nein

### Weitere:

- Krebserkrankungen  Ja  Nein  
Osteoporose  Ja  Nein

### Zahnärztliche Anamnese:

Wann ist der erste Milchzahn durchbrochen? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind im Moment Zahnschmerzen?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind bereits sichtbare Karies?  Ja  Nein

War Ihr Kind bereits in zahnärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, was wurde gemacht? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihrem Kind bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Was können wir für Ihr Kind tun? Was ist Ihr Hauptanliegen? \_\_\_\_\_

### Zahnpflege:

Wie oft am Tag werden die Zähne Ihres Kindes geputzt?

1x  2x  3x

Wer putzt die Zähne Ihres Kindes?

Kind  Eltern  Andere

Werden die Zahnzwischenräume Ihres Kindes gereinigt?

nie  ab und zu  täglich

Empfinden Sie das Zähneputzen bei Ihrem Kind als stressig?

Ja  Nein

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

## TEIL 3

### Fluoridanamnese:

Kochen Sie mit fluoridiertem Speisesalz?  Ja  Nein

Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind in anderer Form Fluoride? (Tabletten, Gelee, Spülung)  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Ernährung:

Wurde Ihr Kind gestillt?  Ja  Nein

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Heute auch noch?  Ja  Nein

Wie häufig isst Ihr Kind etwas über den Tag verteilt?  Selten  2-5x  6-10x  über 10x

Wie häufig nascht Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten?  Selten  2-5x  6-10x  über 10x

Wie häufig trinkt Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten?  Selten  2-5x  6-10x  über 10x

Welches Getränk trinkt Ihr Kind am Häufigsten? (z.B. Apfelschorle) \_\_\_\_\_

Benutzt Ihr Kind eine Saugflasche? (Schnuller- oder Schnabelaufsatz)  Ja  Nein

Benutzt Ihr Kind eine Fahrradtrinkflasche?  Ja  Nein

Trinkt Ihr Kind etwas zum einschlafen/nachts?  Ja  Nein

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Isst Ihr Kind häufig über den Tag verteilt Obst?  Ja  Nein

Isst Ihr Kind vegetarisch/vegan?  Ja  Nein

### Ihr Kind – ganz besonders und individuell

Wie möchte Ihr Kind genannt werden? \_\_\_\_\_

Auf was ist Ihr Kind besonders stolz? \_\_\_\_\_

Was macht Ihr Kind besonders gerne? \_\_\_\_\_

Lieblingsessen? \_\_\_\_\_

Lieblingstier? (gerne mitbringen) \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Geschwister? (Name, Alter) \_\_\_\_\_

## TEIL 4

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Internet  Facebook  Instagram  Empfehlung  Zeitung  Jameda  Überweisung  Notdienst

Aktuelle Besonderheiten in der häuslichen Situation (z.B. Umzug, Erkrankung oder Behinderung eines Geschwisterkindes):

---

### Wichtige Informationen:

- » Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- » Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt. Die Praxis darf meine Personen- und Gesundheitsdaten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist. Mir wurde die ausführliche Einwilligungserklärung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen und verstanden.
- » Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.
- » Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, dies bedeutet, dass die mit mir vereinbarte Zeit ausschließlich für mich reserviert wird. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls trage ich die Kosten in Höhe von 50% des Honorars, es sei denn, an dem Versäumnis trifft mich kein Verschulden.
- » Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

---

Datum

---

Unterschrift erziehungsberechtigte Person

### Facebook/Instagram/Homepage

Die Oldenburger Zahnwichtel sind auch bei Facebook und Instagram – Um Eindrücke aus unserer Kinderbehandlung zu geben, stellen wir dort auch gerne Fotos von unserem Alltag im Zahnwichtelhaus ein.

Bilder, auf denen die Kinder zu sehen sind, dürfen wir nur mit Einverständniserklärung der erziehungsberechtigten Person einstellen (Rechtliche Grundlage § 22 Urheberrechtsgesetz)

- Ja**, ich bin damit einverstanden, dass Fotos von meinem Kind auf der Facebook- oder Instagramseite oder auf der Homepage der Oldenburger Zahnwichtel veröffentlicht werden. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Bilder zu diesem Zweck bei uns gespeichert werden.
- Nein**, eine Veröffentlichung der Fotos von meinem Kind auf der Facebook- oder Instagramseite oder auf der Homepage der Oldenburger Zahnwichtel möchte ich nicht.

---

Datum

---

Unterschrift erziehungsberechtigte Person



### DIE OLDENBURGER ZAHNWICHTEL

Dragonerstraße 1  
26135 Oldenburg  
0441 25 2 25  
info@praxis-osternburg.de