

ANAMNESEBOGEN

Liebe Eltern,

eine genaue Anamnese ist die Grundlage für eine optimale Vorbereitung und spätere Behandlung ihres Kindes in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich Zeit diese vollständig und sorgfältig auszufüllen.

ANGABEN ZUR PERSON

Kind Geb.-
Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Versicherter Geb.-
Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Anschrift Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Abweichende
Rechnungsadresse: _____

Erziehungsberechtigte E-Mail:
Name: _____ Handy: _____ Datum: _____

Erziehungsberechtigte E-Mail:
Name: _____ Handy: _____ Datum: _____

Kasse: gesetzlich gesetzlich mit Zusatzversicherung privat

Ist Ihr Kind regelmäßig in:

- ärztlicher Behandlung
- logopädischer Behandlung
- physiotherapeutischer Behandlung
- Sonstige:

Behandlung, wenn ja wegen welcher Erkrankung: _____

Hat Ihr Kind Allgemeinerkrankungen? NEIN JA, welche: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein? NEIN JA, welche: _____

Gibt es Schlüsselreize/Besonderheiten in Verbindung mit Ärzten? NEIN JA, welche: _____

Wenn Ihr Kind zahnärztlich behandelt wurde, wie beurteilen Sie sein Verhalten?

- Kooperativ
- ängstlich, aber eine Behandlung war möglich
- Verweigerung

Wie oft putzt ihr Kind die Zähne? _____ x pro Tag

- allein
- mit elterlicher Hilfe
- nur Eltern

Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind? _____

Andere Hilfsmittel? NEIN JA, welche _____

BITTE WENDEN 

Wurden Flouridtabletten/Vigantolekten verabreicht?

NEIN

JA, wie lange? _____

Verwenden Sie flouridiertes Speisesalz?

NEIN

JA _____

Wurde Ihr Kind gestillt?

NEIN

JA, wie lange? _____

Was trinkt Ihr Kind zu den Hauptmahlzeiten, was zwischendurch und in welcher Häufigkeit?

	Hauptmahlzeit	zwischendurch	Wie oft insgesamt pro Tag?
Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eistee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tee mit Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Limonade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Instanttee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fruchtsaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fruchtsaftschorlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Was isst Ihr Kind zu den Hauptmahlzeiten, was zwischendurch und in welcher Häufigkeit?

	Hauptmahlzeit	zwischendurch	Wie oft insgesamt pro Tag?
Brot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gummibärchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kekse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salzstangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quetschi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie oft isst Ihr Kind am Tag?

_____ x pro Tag

Gibt es Lutschgewohnheiten?

NEIN

JA, wie lange? _____

JA, aktuell _____

Schnuller Tuch Daumen

Die Welt Ihres Kindes:

LIEBLINGS-

Buch

Freund

Kuscheltier (bitte mitbringen)

Tier

Was macht es am liebsten?

Was kann es am besten?

Wo entspannt Ihr Kind am liebsten?

Welche 3 Sachen würde Ihr Kind auf eine einsame Insel mitnehmen?

Welchen Berufswunsch hat Ihr Kind?

Welches Hobby hat Ihr Kind?

Was sollten wir Ihrer Meinung nach noch wissen?

JA, ich wünsche eine Unterstützung für die fälligen Kontrolluntersuchungen per SMS.

Es besteht kein Anspruch auf Erinnerung. Für die Durchführung der regelmäßigen Kontrollen bin ich selbst verantwortlich.

EIN WICHTIGER HINWEIS:

In unserer Praxis besteht ein Bestellsystem. Um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, wird ein Termin extra für Sie reserviert. Bei aufwändigen Behandlungen kann dieser auch einmal eine Stunde und mehr einnehmen. Wir sind dafür jedoch auf Ihre Mitarbeit angewiesen: Sollten Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht wahrnehmen können, ist eine Absage mindestens 24 Stunden vor dem Termin zwingend erforderlich, damit wir die freiwerdende Zeit an einen anderen Patienten vergeben können.

Bei Terminabsagen weniger als 24 Stunden vor Terminbeginn ist die Praxis Dr. Seligmann berechtigt, Ihnen die entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen.

Ich wurde über das Bestellsystem der Praxis informiert.

Ich versichere, die obenstehenden Angaben zu meinem Gesundheitszustand nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich meinen Zahnarzt unaufgefordert in Kenntnis setzen.

Berlin, den

(Datum)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Seit dem 22. November 2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Änderung der Qualitätsprüfungs-Richtlinie erfasst. Das bedeutet, das einmal jährlich die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine Übersicht erstellen muss.

Bitte beachten Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link:

<https://g-ba.de/beschluesse/4036>