

Patientenangaben bzw. Etikett

_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	
Straße	
_____	
PLZ, Ort	

# Kinder-Anamnese

(Medizinische Vorgeschichte)

**Liebe Eltern,**  
**wir möchten Ihr Kind optimal behandeln. Mit der Beantwortung der Fragen erleichtern Sie uns die zahnärztliche Betreuung Ihres Kindes. Vielen Dank!**

Wer ist der behandelnde  
Kinderarzt

Name, Adresse, Telefon

Kieferorthopäde

Logopäde

## Medizinische Anamnese/ Allgemeingesundheit

Ja	Nein	Mein Kind hat/ hatte
		Allergien, welche
		(Arzneimittel-) Unverträglichkeiten, welche
		Asthma/Lungenerkrankungen
		Herzerkrankungen, Herzpass
		Blutkrankheiten, Blutungsneigungen
		Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)
		Resistente Keime (MRSA, MRGN) andere _____
		Stoffwechselerkrankungen, Zuckerkrankheit (Diabetes)
		Epileptische Anfälle/Fieberkrämpfe
		Geistige Behinderung/Entwicklungsstörung
		Körperliche Behinderung (z.B. Syndrom, Hör-/Sehschwäche, andere)
		Pflegegrad/Schwerbeschädigtenausweis/Rollstuhl
		Aufmerksamkeitsschwäche
		Besonderheiten im Verhalten (hyperaktiv, schüchtern, sensibel)
		Besonderheiten in Schwangerschaft (Operationen, Erkrankungen, Medikamente)
		Sonstige Erkrankungen?
		Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamenten ein? Welche?
		Tetanusimpfung, wann
		Hat Ihr Kind bereits mehrfach Antibiotika bekommen?

## Zahnmedizinische Anamnese

Ja	Nein	
		War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Wann? Warum? <input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> andere _____
		Hat Ihr Kind Zahnarztangst oder gab es bereits negative Erlebnisse beim Zahnarzt?
		Haben Sie als Eltern Angst vorm Zahnarzt?
		Erwarten Sie bei der Behandlung Ihres Kindes Probleme?
		Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall/ Verletzung an den Zähnen?
		Wurden die Zähne Ihres Kindes bereits unter Lachgas/Allgemeinanästhesie behandelt?
		Operationen im Kopf-Hals-Bereich
		Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten, fluoridiertes Speisesalz oder fluoridierte Zahnpaste?
		Wer putzt bei Ihrem Kind die Zähne? _____
		Lutscht/e Ihr Kind am Daumen oder Nuckel?
		Wird/wurde Ihr Kind gestillt?

## Persönliche Angaben

Hier können Sie uns weitere Hinweise zu Ihrem Kind geben und uns helfen, schneller eine vertrauensvolle Verbindung zu Ihrem Kind aufzubauen. Gibt es ein Lieblings- oder Haustier? Was mag Ihr Kind besonders?


## Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist grundsätzlich die Einwilligung eines Elternteils notwendig (außer bei akuter Schmerzbehandlung). Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Einwilligung abzugeben.

Gleichzeitig weisen wir Sie darauf hin, dass während der Behandlung häufig Studierende hospitieren und Röntgenbilder und Fotos von den Zähnen Ihres Kindes (ohne Angabe des Namens) für Ausbildungszwecke verwendet werden.

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten und mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Name Erziehungs-/Sorgeberechtigter \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Ort/ Datum/ Unterschrift \_\_\_\_\_