

# Anamnese

**Vorname:** .....

**Name:** .....

**Geburtsdatum:** .....

Liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Kinderzahnarztpraxis! Bevor wir uns den Zähnen Ihres Kindes zuwenden, benötigen wir neben Personalien auch Angaben zu dem allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. So helfen Sie uns, eine adäquate, vollständige und risikofreie Beratung sowie Behandlung zu erreichen. Bitte lesen Sie sich alle Fragen sorgfältig durch, kreuzen entsprechende Felder an bzw. füllen diese aus. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen dem Datenschutz sowie der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Ihr Team der Zahnarztpraxis Kinderlieb

## Patientenanmeldung

**Vor- und Nachname Ihres Kindes**

.....

**Geschlecht Ihres Kindes**

- Weiblich
- Männlich
- Divers

**Geburtsdatum Ihres Kindes**

.....

## Zahngesundheit

**Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuchs?**

.....

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Internet/ Google
- Homepage
- Empfehlung (Durch wen? Bitte in das untere Feld eintragen)
- Überweisung (Durch welchen Arzt/welche Ärztin? Bitte in das untere Feld eintragen)
- Sonstige: .....

**Wie heißt der/die betreuende Kinderarzt/ärztin Ihres Kindes (Name und Anschrift)?**

.....

**Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung (Name und Anschrift)?**

.....

**Erziehungsberechtigte/r**

**Erziehungsberechtigte/r 1**

**Vorname**

.....  
**Nachname**

.....  
**Straße**

.....  
**Hausnummer**

.....  
**Postleitzahl**

.....  
**Wohnort**

.....  
**Geburtsdatum**

.....  
**Geschlecht**

Weiblich

Männlich

Divers

**Telefon/ Mobil**

.....  
**E-Mail**

.....  
**Beruf**

.....  
**Erziehungsberechtigte/r 2**

**Vorname und Name**

.....  
**Straße und Hausnummer (falls abweichend)**

.....  
**Postleitzahl und Wohnort (falls abweichend)**

.....  
**Geburtsdatum**

.....  
**Geschlecht**

Weiblich

Männlich

Divers

**Telefon/ Mobil**

**E-Mail**

.....

**Beruf**

.....

## **Allergien, Vorerkrankungen, Medikamente**

### **Bestehen bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen?**

- Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
- Bluterkrankung
- Diabetes
- Epilepsie
- Hauterkrankung
- Herz-/Kreislaufferkrankung
- Infektionserkrankung
- Lungenerkrankung
- Psychische Erkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Stoffwechselerkrankung
- Behinderung (geistig oder körperlich)
- Sonstige:
- Sonstige: .....

### **Bestehen bei Ihrem Kind Allergien? Falls ja, welche?**

- Allergien
- Sonstige: .....

### **Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche?**

- Medikamente
- Sonstige: .....

### **Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?**

- Ja
- Nein
- Ich weiß es nicht.

## **Einwilligung**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und versichern, zur Minderung etwaiger Behandlungsrisiken uns alle Änderungen zu den persönlichen und medizinischen Angaben des Kindes während der Zeitdauer der Behandlung mitteilen.

## **Hinweis**

### **Terminorganisation & Ausfallgebühr**

Als Bestellpraxis bemühen wir uns stets, die Terminorganisation so effizient wie möglich zu gestalten. Zur Minimierung Ihrer Wartezeit sind Behandlungstermine ausschließlich für Sie reserviert. Bei versäumten Terminen, die nicht mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagt werden, haben wir keine Gelegenheit, die bereits für Sie reservierte Zeit an andere Patienten zu vergeben. Wir bitten Sie daher darum, dass Absagen nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch mindestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider privat gemäß § 615 (1) BGB in Höhe von 50€ in Rechnung stellen. Bei einer krankheitsbedingten

Absage weniger als 24 Stunden vor der Behandlung ist noch am Tag der Absage ein ärztliches Attest des erkrankten Kindes einzureichen.

## **Mögliche Risiken**

### **Folgende Risiken können bei Untersuchungen bzw. Behandlungen auftreten:**

Sehr seltene Risiken: Taubheitsgefühl, Schwellung, Blutung, Übelkeit, Erbrechen, Infektion, allergische Reaktion, Aspiration. Extrem seltene Risiken: Gehirnschädigungen, Lähmungen und Narben. Äußerst seltene Komplikationen können die Einlieferung in ein Krankenhaus erforderlich machen und sogar zum Tode führen.

## **Hinweis**

### **Achtung**

Bei einer Einwilligung mehrerer Erziehungsberechtigter gilt, dass eine Einwilligung grundsätzlich von allen Erziehungsberechtigten einzuholen ist. Unterschreibt ein/e Erziehungsberechtigte/r alleine, erklärt diese/r schließlich durch seine/ihre Unterschrift zugleich, dass ihm/ihr das Sorgerecht allein zusteht oder dass er/sie von dem/der anderen Erziehungsberechtigten bevollmächtigt wurde, für diese/n die Erklärung abzugeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient