ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN KIDS + TEENS

UP 2 DENT
DR HEEPE & WERTH

LIEBE ELTERN,
HERZLICH WILLKOMMEN BEI UP 2 DENT.

Bevor wir uns den Zähnen Ihres Kindes widmen, benötigen wir neben den Personalien und Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand auch Auskunft über die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, lückenlose und risikofreie Beratung und Behandlung. Bitte lesen Sie sich daher die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen Sie die entsprechenden Felder aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.

PERSÖNLICHE ANGABEN IHRES KINDES

Name · Vorname

Geburtsdatum · Geburtsort

Straße · Hausnummer

Postleitzahl · Ort

Ist das Kind bei ☐ Mutter oder ☐ Vater mitversichert? (Vor- und Nachname)

Straße · Hausnummer des Rechnungsempfängers

Postleitzahl · Ort des Rechnungsempfängers

Geburtsdatum des Rechnungsempfängers

Telefon (privat)

E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

VERSICHERUNGSSTATUS IHRES KINDES

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Beihilfeberechtigt

Bitte nennen Sie uns Ihren betreuenden Kinderarzt *Sollte die Anforderung von Unterlagen für die Behandlung sinnvoll sein, kommen wir für eine Einwilligung auf Sie zu.

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung? *Sollte die Anforderung von Unterlagen für die Behandlung sinnvoll sein, kommen wir für eine Einwilligung auf Sie zu.

Sorgerecht:

☐ Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.
☐ Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
☐ Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes? ☐ Kooperativ ☐ Ängstlich, aber Behandlung war möglich ☐ Verweigerung

Wurde dort geröntgt? *Sollte die Anforderung von Unterlagen für die Behandlung sinnvoll sein, kommen wir für eine Einwilligung auf Sie zu. ☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? ☐ Ja ☐ Nein

Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

Haben Mutter oder Vater Angst vor dem Zahnarzt? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Keiner

KIEFERORTHOPÄDISCHE ANAMNESE

Ist Ihr Kind zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde Ihr Kind schon einmal kieferorthopädisch beraten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bei wem und wann?

*Sollte die Anforderung von Unterlagen für die Behandlung sinnvoll sein, kommen wir für eine Einwilligung auf Sie zu.

War Ihr Kind schon einmal beim Logopäden? ☐ Ja ☐ Nein

· BITTE WENDEN ·

ANGABEN ZUR GESUNDHEIT IHRES KINDES

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leidet Ihr Kind unter folgenden Beschwerden oder hat es eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- ☐ Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankungen
- ☐ Lernschwäche, Sprachprobleme oder geistige Behinderung · Verzögerung
- ☐ Spastik oder veränderter Muskeltonus
- ☐ Infektionserkrankungen wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?
- ☐ Blutgerinnungsstörungen (Blutet Ihr Kind länger als üblich?)
- ☐ Hat Ihr Kind Allergien?
  Wenn ja, welche? _____
- ☐ Nimmt Ihr Kind Medikamente ein oder hat in der letzten Zeit verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen?
  Wenn ja, welche? _____
- ☐ Asthma oder Lungenerkrankungen · Schwierigkeiten bei der Atmung
- ☐ Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe
- ☐ Leber- oder Nierenerkrankung
- ☐ Hörprobleme · Taubheit oder Sehschwäche · Blindheit
- ☐ Stoffwechselerkrankung oder Diabetes
- ☐ Fehlen Impfungen bei Ihrem Kind?
  Wenn ja, welche? _____
- ☐ War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)?
  Wenn ja, warum? _____
- ☐ Andere nicht aufgeführte Erkrankungen?
  Wenn ja, welche? _____

SONSTIGE ANGABEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Hat Ihr Kind eine der folgenden Gewohnheiten?	☐ Lippenbeißen	☐ Mundatmung	☐ Sprechstörungen
Lutscht Ihr Kind am Daumen · Schnuller oder hat dies früher getan?	☐ Ja	☐ Früher bis zum ____ Lebensmonat	☐ Nein
Wie oft putzt Ihr Kind täglich seine Zähne?	☐ Einmal	☐ Zweimal	☐ Dreimal
Wie putzt Ihr Kind sich die Zähne?	☐ Alleine	☐ Mit Hilfe der Eltern	☐ Nur durch die Eltern
Welche Zahnpasta verwenden Sie? Ist in dieser Fluorid enthalten?	Kinderzahnpasta:	☐ Ohne Fluorid	☐ Mit Fluorid
	☐ Juniorzahnpasta	☐ Erwachsenenzahnpasta	
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?	☐ Ja	☐ Nein	
Wurden Fluoridtabletten verabreicht? Wenn ja, wie lange?	☐ Ja, bis zum ____ Lebensmonat		☐ Nein
Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken?	☐ Ja, bis zum ____ Lebensmonat		☐ Nein
Wurde Ihr Kind gestillt?	☐ Ja, immer noch	☐ Ja, bis zum ____ Lebensmonat	☐ Nein

WAS TRINKT IHR KIND ZU DEN MAHLZEITEN UND IM TAGESVERLAUF?

☐ Leitungswasser	☐ Mineralwasser	☐ Aromatisiertes Wasser	☐ Fruchtsaft	☐ Fruchtsaftschorle
☐ Ungesüßten Tee	☐ Gesüßten Tee	☐ Eistee	☐ Instanttee	
☐ Limonade	☐ Milch	☐ Kakao	☐ Sportgetränk (isotonische Getränke)	

WAS ISST IHR KIND ÜBLICHERWEISE ALS ZWISCHENMAHLZEIT?

☐ Obst	☐ Gemüse	☐ Kaugummi	☐ Joghurt	☐ Belegtes Brot
☐ Brezeln	☐ Reiswaffeln	☐ Kekse	☐ Kuchen	☐ Chips · Salzstangen
☐ Müsliriegel	☐ Fruchtschnitten	☐ Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers, usw.)		

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag? ☐ Ungefähr ____ am Tag

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN? *Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

☐ Freunde · Bekannte	☐ Geschwister	☐ Google · Website	☐ Zeitung	☐ Jameda
☐ Arzt: _____		☐ Sonstiges: _____		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

_____ _____

Ort · Datum — Unterschrift Erziehungsberechtigte/r ☐ Mutter ☐ Vater

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten | *Hinweis zu freiwilligen Angaben:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

_____ _____

Ort · Datum — Unterschrift Erziehungsberechtigte/r ☐ Mutter ☐ Vater

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Praxis UP 2 DENT

DR. SONJA HEEPE
ELISABETH WERTH

Kölner Str. 38 · 50181 Bedburg · T 02272 58 59 · F 02272 15 90
praxis@up2dent-bedburg.de · www.up2dent-bedburg.de