

Anamnesebogen

Sehr geehrte Eltern,

herzlich willkommen in unserer Universitätszahnklinik. Damit wir Ihr Kind bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Patient:

- männlich
 weiblich

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Versicherter:

- Ehegatte
 Vater/Mutter

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Beruf:

Arbeitgeber:

Name/ Anschrift/ Telefon

Krankenkasse:

Name

Versichertennummer

Versicherungsstatus:

- privat versichert
 Beihilfe
 Basistarif
 Vollversichert

- gesetzlich versichert
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 mit priv. Zusatzversicherung

- Zuzahlungsbefreiung

 Beihilfe
 Zusatzversicherung
 Kostenerstattung

Hausarzt:

Zahnarzt:

ggf. gesetzl. Betreuer:

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?	Ja	Nein	Weiß nicht
1. Allergien/ Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten? (z.B. ASS, Marcumar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? (z.B. Scharlach, häufige Erkältungskrankheiten?)			
5. Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden!

	Ja	Nein	Weiß nicht
6. Hat Ihr Kind noch Geschwister? Wenn ja, welchen Alters?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wann kamen die ersten Milchzähne? <input type="checkbox"/> zwischen dem 06. und 07. Monat <input type="checkbox"/> nach dem 8. Monat			
9. Wann kamen die bleibenden Schneidezähne? <input type="checkbox"/> vor d. 6. Lebensjahr <input type="checkbox"/> im 6. – 7. Lebensjahr <input type="checkbox"/> nach d. 7. Lebensjahr			
10. Sind bei einem Unfall die Milchzähne verloren gegangen oder die bleibenden Zähne beschädigt worden? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. War Ihr Kind bereits beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt? <input type="checkbox"/> Polypen wurden entfernt <input type="checkbox"/> Mandeln wurden entfernt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Atmen Ihr Kind mehr: <input type="checkbox"/> durch den Mund <input type="checkbox"/> durch die Nase?			
13. Setzt Ihr Kind beim Schlafen mit der Atmung aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Schnarcht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hat Ihr Kind gelutscht? <input type="checkbox"/> am Daumen <input type="checkbox"/> am Nuckel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			lutscht noch
17. Ist Ihnen bei Ihrem Kind beim Sprechen / Reden schon einmal eine Störung aufgefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente/ Dosierung:

Haben Sie Vorbehalte gegen eine festsitzende Zahnsperre? Worauf basieren Ihre Bedenken?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen mit!

Zur Durchführung einer sorgfältigen Versorgung unserer Patienten ist es im Rahmen der Bewertung unserer Behandlungsergebnisse und im Rahmen von Forschungsprojekten unerlässlich, die erhobenen Daten der zahnärztlichen Behandlung auszuwerten. Diesbezüglich bitten wir darum, nachstehende Einwilligung zu geben.

Hiermit willige ich ein, dass die während der regulären zahnärztlichen Behandlung erhobenen Daten anonymisiert und nicht auf den Patienten zurückvollziehbar ausgewertet werden dürfen. Ich willige zur Datenerhebung ein.

Ich bin mit der Wiederbestellung zu Kontrolluntersuchungen und Prophylaxeterminen einverstanden: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter