



**Zahnarztpraxis**  
Graefestr.03 - 10967 Berlin

**Dr. Anke Schwarz**  
Tel.030-6912958

### Herzlich Willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe der Betreuung und Untersuchung Ihres Kindes widmen, benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die nachfolgenden Fragen zunächst schriftlich an Sie gerichtet werden. Keinesfalls soll dieser Anamnesebogen an die Stelle des persönlichen Gespräches treten. Es soll im Gegenteil dafür sorgen, dass wichtige Fragen nicht ungeklärt bleiben. Sie müssen nicht alle Fragen beantworten und natürlich unterliegen auch alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### Personalien Ihres Kindes

Name	Vorname	geb.
Anschrift		
Krankenkasse/ <b>Name Versicherte/r</b>		geb.
Erziehungsberechtigter		
E-Mail Adresse		
Tel. privat	Mobil	

### Organisatorische Hinweise

Liebe Eltern, bitte haben Sie Verständnis dafür, dass besonders die Behandlung der ganz Kleinen bei uns nur am **Vormittag** stattfindet, da dann die Kinder erfahrungsgemäß besser aufnahmefähig sind. Die Termine am **Nachmittag** sind bei uns ausschließlich für die Schulkinder vorgesehen.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. **Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 2 Arbeitstage vorher abzusagen, falls Ihr Kind oder Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ), d.h. 80,-Euro/Prophylaxestunde und 160,-Euro/Zahnarztstunde, in Rechnung zu stellen.** Bedenken Sie bitte auch, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

### Für Kassenpatienten:

Wir brauchen die Versicherungskarte Ihres Kindes bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Ihr Kind als Privatpatienten und Sie erhalten von uns eine Privatabrechnung nach der GOZ.

## Angaben zu Ihrem Kind

Anliegen des Zahnarztbesuches?	
Überweisung durch:	
Empfehlung durch:	
Kinderarzt:	Tel.:
Besteht eine Zahnarztangst?	
Bisheriger Zahnarzt?	
Wie verlief die bisherige Zahnbehandlung?  <input type="checkbox"/> Kooperativ <input type="checkbox"/> ängstlich, Behandlung war nicht möglich <input type="checkbox"/> Behandlungsverweigerung	
Wann war der letzte Zahnarztbesuch?	
Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?	
Gibt es Erlebnisse, Reize, Gegenstände, die bei Ihrem Kind Angst oder Furcht auslösen?	

## Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Spastik	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche (AIDS)	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Geistige Verzögerung	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Blutes	<input type="checkbox"/>	Lernbehinderung	<input type="checkbox"/>

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Angeborene oder erworbene Herzfehler?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzoperationen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges?		
Bestehen sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Hat Ihr Kind Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, worauf?		
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Verlief die Schwangerschaft normal?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verlief die Geburt normal?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, warum?		
Gewicht Ihres Kindes zur Geburt?		
Wann hat Ihr Kind begonnen: zu laufen? zu sprechen?		
Ab wann hat Ihr Kind nachts keine Windel mehr getragen?		
Atmet Ihr Kind durch den Mund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat oder nimmt Ihr Kind einen Nuckel oder seinen Daumen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind bisher fieberhafte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in welchem Alter?		
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind schwere Unfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Angaben zu den Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche? Mutter Vater			
Neigen Sie zu		Mutter	Vater
	Karies	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Zahnstein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Zahnarztangst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie weitere Kinder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, wie alt?			
Besonderheiten der Kinder			

## Allgemeine Hinweise

Die Kinderzahnbehandlung ist fester Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen. Dennoch geht die Entwicklung in der Zahnheilkunde stetig weiter. Möchten Sie von uns darüber informiert werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungen möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Ja  Nein

Besonders Kinder mit einem sehr hohen Kariesrisiko müssen sehr intensiv prophylaktisch betreut werden. Für diese Kinder, aber auch für alle anderen Kinder, bieten wir ein ganz individuell angepasstes Prophylaxeprogramm an. Wünschen Sie darüber weitere Informationen von uns?

Ja  Nein

Wünschen Sie, dass wir Ihr Kind und Sie an die nächste Kontrolluntersuchung bzw. Prophylaxesitzung erinnern?

Ja  Nein

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Bemühungen! Ihr Praxisteam Dr. Anke Schwarz