



**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   |      |

## Angaben zu Ihrem Kind

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

## Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

*Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?*

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

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

## Angaben zu den Eltern

|  |                          |                  |                  |
|--|--------------------------|------------------|------------------|
| <i>Sind bei Ihnen Allergien bekannt?</i> |                          | <i>Ja</i>        | <i>Nein</i>      |
| <i>Wenn ja, welche?</i>                  |                          |                  |                  |
| <i>Mutter</i>                            |                          |                  |                  |
| <i>Vater</i>                             |                          |                  |                  |
| <i>Neigen Sie zu</i>                     |                          | <i>Mutter</i>    | <i>Vater</i>     |
|  | <i>Karies</i>            | <i>Ja / Nein</i> | <i>Ja / Nein</i> |
|  | <i>Zahnstein</i>         | <i>Ja /Nein</i>  | <i>Ja / Nein</i> |
|  | <i>Zahnfleischbluten</i> | <i>Ja / Nein</i> | <i>Ja / Nein</i> |
|  | <i>Zahnarztangst</i>     | <i>Ja /Nein</i>  | <i>Ja / Nein</i> |
| <i>Haben Sie weitere Kinder?</i>         |                          | <i>Ja</i>        | <i>Nein</i>      |
| <i>Wenn ja, wie alt?</i>                 |                          |                  |                  |
| <i>Besonderheiten der Kinder</i>         |                          |                  |                  |

## 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 weiter Informationen von uns?*

*Ja          Nein*

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

*Ja          Nein*

## **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.*

*Datum*

*Unterschrift*

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