



Anamnesebogen für die Kinderzahnbehandlung

1.) Patientendaten:

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum: / /

Anschrift:

PLZ, Ort:

Krankenkasse:..... SV-Nummer:

Privatarztversicherung für Zahnbehandlungen bei:

Altersbereich:

- 0 – 7 Jahre
- 7 – 14 Jahre
- 14 – 18 Jahre

1a.) Angaben zur Obsorgesituation:

Vater (Vor- und Zuname, akad. Grad):

Mutter (Vor- und Zuname, akad. Grad):

Falls keine gemeinsame Obsorge besteht, oder der Obsorgeberechtigte nicht Elternteil ist:

Obsorgeberechtigter ist (Vor- und Zuname, akad. Grad, Geb. Datum):

.....

Anschrift (falls abweichend):

PLZ, Ort:

Dienstgeber/Beruf:

Tel. Nr.: 0 / E-Mail-Adresse:@.....

Kostenloses SMS-Service erwünscht (Terminerinnerung, Recall): ja nein

Krankenkasse und SV-NR des Obsorgeberechtigten:

..... /

Welche **besonderen Interessen** hat unser kleiner Patient?

Lieblings-Farbe:

Lieblings-Tier/Kuscheltier:

Lieblings-Zeichentrickfilm:

Lieblings-Film/Buch:

3.) Fragen zur Zahngesundheit des Patienten:

Trinkt das Kind derzeit / trank es je aus der Flasche JA NEIN

Wenn ja, wie lange? bis Lebensmonat

Was wurde mit der Flasche verabreicht?

Hatte/hat das Kind einen Schnuller? JA NEIN

Wenn ja, wie lange? bis Lebensmonat

Wird/wurde Daumen gelutscht? JA NEIN

Wenn ja, wie lange? bis Lebensmonat

Hatte das Kind schon **Zahnverletzungen** (Sturz)? JA NEIN

Wie erfolgt das **Zähneputzen zu Hause**?

Kind putzt selbst mit Kontrolle Eltern putzen nach nur die Eltern putzen

mit Handbürste mit elektrischer Zahnbürste

1 / 2 / 3 Mal täglich mit Zahnseide

Bekam/bekommt das Kind **Fluoride**? JA NEIN

Falls ja, in welcher Form:

Zahnpaste Tabletten Fluoridgel/Spülung fluoridiertes Speisesalz

4.) Fragen zur allgemeinen Gesundheit des Patienten:

Sind alle Kinderimpfungen (Mutterkindpass) vollständig? JA NEIN

Wenn nein, welche wurden nicht verabreicht?

Welche Gründe gab es dafür?

War/ist das Kind an einer der folgenden **Erkrankungen** erkrankt? (Zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen (Anämie, Leukämie, Bluter) | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose) |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen oder angeborener Herzfehler | <input type="checkbox"/> Lungen- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie / Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> vergrößerte Mandeln (z. B. Polypen) |
| <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Taubheit oder Hörschäden | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sehschwäche oder Blindheit | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Muskelschwäche oder Spasmen | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> geistige Verzögerung oder Behinderung | <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> sonstige Syndrome | |

Bekannte **Atemaussetzer** in der Nacht? JA NEIN

Ist das Kind hyperaktiv? JA NEIN

Ermüdet das Kind **rasch**? JA NEIN

Ist die **körperliche Entwicklung altersgemäß**? JA NEIN

Hat das Kind schon einmal eine **Vollnarkose** oder eine **Sedierung** bekommen? JA NEIN

Gab es dabei **Komplikationen**? JA NEIN

Falls ja, welche?
.....

Derzeit vom Kind eingenommene **Medikamente**:
.....

Sind **Allergien** (zB auf Medikamente) beim Kind bekannt? JA NEIN

Falls ja, welche?

Hatte das Kind allergische Reaktionen auf **Lokalanästhesie**? JA NEIN

Gab es Erkrankungen während der **Schwangerschaft**? JA NEIN

Falls ja, welche?

Besondere Erkrankungen des Kindes in den **ersten 2 Lebensjahren**:

.....

Gibt es in der Familie **plötzliche Tode vor dem 50. Lebensjahr**? JA NEIN

Falls ja, welche Ursachen gab es dafür?

.....

5.) Fragen zur Blutgerinnung beim Kind und leiblichen Familienangehörigen

Eigenanamnese betreffend das Kind		ja	nein
1	Hat das Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Treten beim Kind vermehrt "blaue Flecken" auf, am Rumpf oder an sonstigen ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Hat das Kind Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Wurde das Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wenn ja, kam es während oder nach der Operation zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Kam es beim Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Hat das Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Hat das Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, wie zum Beispiel Aspirin, ASS oder Ähnliches bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienanamnese (bitte für leiblichen Vater <input type="checkbox"/> und leibliche Mutter <input type="checkbox"/> getrennt angeben)		ja	nein
1	Hat ein Elternteil vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Hat ein Elternteil Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Bluten bei einem Elternteil Schnittwunden, wie zum Beispiel vom Rasieren, lange nach?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Gab es bei einem Elternteil längere oder verstärkte Nachblutungen bei Operationen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Kam es bei einem Elternteil zu längeren oder verstärkten Nachblutungen nach oder während des Ziehens von Zähnen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Gab es Operationen, bei denen ein Elternteil Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten hat?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Gibt oder gab es in der Familie des Kindes Fälle von verstärkter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zusatzfragen betreffend die leibliche Mutter		ja	nein
8	Ist die Regelblutung besonders lang oder besonders stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Kam es bei oder nach der Geburt eines Kindes der Mutter zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.) Allgemeine Informationen

Liebe Eltern und Obsorgeberechtigte!

Wir bemühen uns um geringe Wartezeiten und bitten Sie daher auch, Ihren Termin bei uns **pünktlich einzuhalten** – Sie wissen ja: Kinder warten äußerst ungern!

Falls es dennoch einmal zu einer Wartezeit kommen sollte, liegt es daran, dass der Ablauf einer Kinderbehandlung schwer zeitlich vorhersehbar ist. Wir bitten Sie daher um Verständnis. Wir sind stets bemüht, Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm, wie möglich zu gestalten.

Falls es Ihnen nicht möglich sein sollte, den fixierten Termin wahrzunehmen, bitten wir Sie darum, ihn **zumindest 24 Stunden** vorher abzusagen – gerne vereinbaren wir einen neuen Termin.

Falls **keine rechtzeitige Absage** erfolgt und uns dadurch Unkosten entstehen, könnten wir ein **Ausfallshonorar verrechnen**.

Ich/Wir habe(n) diesen Anamnesebogen aufmerksam gelesen und die Fragen verstanden. Meine/Unsere Angaben entsprechen meinem/ unserem aktuellen Kenntnisstand und habe ich/haben wir alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen vollständig beantwortet.

Klagenfurt, am

.....

Obsorgeberechtigter

.....

weiterer Obsorgeberechtigter

(falls gemeinsame Obsorge besteht)