

ZAHNARZTPRAXIS für Kinder und Jugendliche

Dr. Kimberley Jakusz

Dr. Alexia Stadtmüller

Weidenbaumsweg 74 · 21035 Hamburg

Tel. 040 - 40 11 31 70 · www.kinderzahnarzt-bergedorf.de



Anmeldebogen für Neupatienten

Liebe Eltern,

wir bitten freundlich um Ihre Mithilfe. Die folgenden Fragen zu Ihren Gewohnheiten und Ihren familiären Hintergründen helfen uns, besser auf Ihr Kind eingehen zu können. Sollten von den Zähnen Ihres Kindes bereits Röntgenbilder existieren, bitten wir Sie, uns diese mitzubringen oder den Namen des Zahnarztes zu nennen, der die Bilder gemacht hat. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Persönliche Daten

Name des Kindes:

geb. am:

Krankenversicherung: () gesetzlich () privat () Beihilfe

Erziehungsberechtigter:

geb. am: Arbeitgeber:

Telefon tagsüber / mobil:

Name des Versicherten:

geb. am:

Anschrift des Versicherten:

E-Mail:

Ihr Kinderarzt:

Allgemeine Fragen

Haben Sie als Eltern Angst vorm Zahnarzt?

() Ja

() Nein

Hatten Sie als Kind viel Karies?

() Ja

() Nein

Wie oft putzen Sie selbst am Tag Zähne?

_____ mal am Tag

Hat Ihr Kind Geschwister?

() Ja

() Nein

Welchen Stellenwert haben Ihre Zähne für Sie selbst?

() Wichtig

() Nicht so wichtig

Grund Ihres Besuchs heute? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

() Ja

() Nein

War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt?

() Ja

() Nein

Wie verlief die bisherige Behandlung?

() problemlos

() schwierig

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

() Empfehlung von Freunden/Bekannten

() durch den Kinderarzt

() durch einen anderen Zahnarzt

() Internet/online

() anderes: _____

Anamnesebogen

Patienten-Nr.: _____

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte beantworten Sie uns vor dem Eingriff die folgenden Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes:

Körpergewicht in kg: _____

1. Hat Ihr Kind eine Allergie? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____
2. Befand sich Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
3. Liegen bei Ihrem Kind ernsthafte Krankheiten vor? ☐ Ja ☐ Nein
4. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____
5. Hat Ihr Kind zurzeit eine Erkältung? ☐ Ja ☐ Nein
6. Hatte Ihr Kind schon einmal eine Narkose? ☐ Ja ☐ Nein
Wann: _____ Wo: _____
7. Hat Ihr Kind oder ein Blutsverwandter schon einmal unangenehme oder gefährliche Narkose-Erfahrungen gemacht? ☐ Ja ☐ Nein
8. Besteht bei Ihrem Kind eine geistige Verzögerung oder Behinderung? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welcher Art? _____
9. Verlieft die Geburt Ihres Kindes normal? ☐ normal ☐ Frühgeburt um _____ Wochen
10. Sonstiges: _____

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen in folgenden Bereichen:

- | | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Muskulatur | ☐ | ☐ | 15. Leber, Nieren | ☐ | ☐ |
| 12. Herz (Herzfehler) / Kreislauf | ☐ | ☐ | 16. Stoffwechsel | ☐ | ☐ |
| Wenn ja, (Herzfehler): | | | (Diabetes, Hormondrüsen) | | |
| angeboren ☐ erworben ☐ | | | 17. Nervensystem | ☐ | ☐ |
| 13. Lunge / Atemwege | ☐ | ☐ | (Epilepsie, Lähmungen) | | |
| (Bronchitis, Asthma, Krupp-Anfälle) | | | 18. Blut | ☐ | ☐ |
| 14. Magen (neigt Ihr Kind zum Erbrechen) | ☐ | ☐ | 19. Gehör | ☐ | ☐ |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:



Datum / Unterschrift



Mir ist bewusst, dass für versäumte oder kurzfristig abgesagte Termine (weniger als 24h) ein Ausfallhonorar in Höhe von 100,00 EUR berechnet werden kann.

Datum / Unterschrift

Überprüfung Ihrer Gesundheitsangaben und persönlicher Daten

In Ihrem Interesse und der Gesundheit Ihres Kindes wegen prüfen wir alle 6 Monate die Aktualität Ihrer Gesundheitsangaben. Bitte teilen Sie uns Veränderungen der Gesundheit Ihres Kindes unbedingt mit. Auch, wenn diese nicht unmittelbar in Verbindung mit dem Zahnarzt zu stehen scheinen.

☐ es hat sich nichts verändert

☐ es gibt folgende Änderungen:

1

Datum / Unterschrift

☐ es hat sich nichts verändert

☐ es gibt folgende Änderungen:

2

Datum / Unterschrift

☐ es hat sich nichts verändert

☐ es gibt folgende Änderungen:

3

Datum / Unterschrift