Zahnarztpraxis
Dr. Raphael Püschel
Passauer Straße 5
94161 Ruderting

Kinder- / Jugend - Anamnesebogen

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben, deshalb bitten wir Sie, den Fragebogen genau auszufüllen.
Diese Angaben geben uns wichtige Informationen über den Gesundheitszustand und ermöglichen uns, die Behandlung individuell auf Ihr Kind abzustimmen (Zutreffendes bitte ankreuzen).
Die Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Patient	Versicherter
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße	Straße
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Telefon privat	Telefon privat
Mobil	Mobil
E-Mail	E-Mail
Arbeitgeber	Arbeitgeber
Telefon Arbeitgeber	Telefon Arbeitgeber

Versichertenstatus

□ gesetzlich versichert □ freiwillig versichert □ privat versichert
□ privat mit Beihilfe □ Basistarif □ Standardtarif
□ Zusatzversicherung

Erziehungsberechtigt:

Hausarzt / Kinderarzt / behandelnder Arzt

Titel: Name: Ort: Telefon:

Überwiesen / empfohlen von

Titel: Name: Ort: Telefon:

Sind bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Krankheiten aufgetreten?

ja nein

□ □ Herzerkrankungen (z.B. angeborene Herzfehler, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen)

□ □ Kreislauferkrankungen (z.B. Blutdruck)
□ □ Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht, Hepatitis A /B / C, HIV, AIDS)
□ □ Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, Atemnot)
□ □ Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes (Zuckerkrankheit), Nierenerkrankung)

□ □ Genetische Erkrankungen
□ □ angeborene Erkrankungen
□ □ Bluterkrankungen / Blutgerinnungsstörung
□ □ Tumorerkrankungen (Bestrahlung / Chemotherapie)
□ □ Krampfanfälle oder Epilepsie
□ □ Kopf- / Nackenschmerzen
□ □ Ohrenschmerzen / Kiefergelenksschmerzen
□ □ Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang?
□ □ Hörprobleme
□ □ Sprachprobleme
□ □ Lernschwierigkeiten
□ □ Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
□ □ Allergien (z.B. Pollen, Nahrungsmittel, andere Stoffe)
□ □ andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen
□ □ Krankenhausaufenthalte (außer Geburt, wenn ja warum?)

□ □ Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? (wenn ja, welche?)

□ □ War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?
□ □ Hatte Ihr Kind ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?
□ □ Ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?
□ □ Hatte Ihr Kind einen Unfall?
□ □ **Weiterleitung von Röntgenaufnahmen / Bilder per E-Mail (an weiterbehandelnde Ärzte)**
□ □ **Konsiliarische Erörterungen mit anderen Behandlern (Ärzten, Therapeuten, Heilpraktiker, usw.)**

□ □ **Dürfen wir Sie an Ihren Termin erinnern?**

Fragen zur Ernährung und Mundhygiene

Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück / Pausen?

Was isst Ihr Kind zum Frühstück / Pausen?

Wie / womit werden die Zähne geputzt? (vom Kind, mit Eltern, alleine, Handzahnbürste / elektrische Zahnbürste?)

Wann / wie oft werden die Zähne geputzt?

Welche Zahnbürste / Zahncreme verwendet Ihr Kind?

Nimmt Ihr Kind Fluoretten®?

verwendet Ihr Kind elmex® gelee oder elmex® fluid?

Verwenden Sie im Haushalt fluoridiertes Speisesalz?

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns in die Praxis?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? (z.B. Presse, Telefonbuch, Internet, Bekannte)

Bitte beachten Sie folgende Hinweise, um zu einer erfolgreichen Behandlung beizutragen:

Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen, vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“ oder „Du brauchst keine Angst zu haben“ etc.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen beeinträchtigt sein kann, entweder durch die Behandlung an sich, oder auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten.
Auf Wunsch kümmern wir uns gerne um ein Taxi.
Außerdem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Sie erst nach Verwirken von Injektionen wieder feste Nahrung zu sich nehmen sollen, um Verletzungen zu vermeiden.

Verwaltungsaufgaben werden unterstützend durch externe Abrechnungsfirmen (Premium Abrechnung Bayern, Fallstraße 34, 81369 München und BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund) durchgeführt.

Ruderting, den _____ _____
Unterschrift Erziehungsberechtigte

Die Zahnarztpraxis Dr. Raphael Püschel ist eine Bestellpraxis.

D.h. alle Termine sind eigens für den Patienten/-in vereinbarte Termine mit einer bestimmten Behandlung. Mir ist bekannt, dass dieser Termin extra für mich freigehalten wird und dass es

deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d.h. spätestens 2 Tage vor dem Termin – absage, damit noch die Möglichkeit besteht „Ersatzpatienten“ einzubestellen.
Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir bekannt, dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden können, wobei das anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart wurde oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Ruderting, den _____ _____
Unterschrift Erziehungsberechtigter

Möchten Sie von uns an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine erinnert werden? (Recall)

Ja □ **nein** □

Ruderting, den _____ _____
Unterschrift Erziehungsberechtigter