

Zahnärzte am Jägertor

Zahnärzte und Implantologen

Lindenstraße 7 | 14467 Potsdam | Telefon: 0331/280 39 01 | E-Mail: info@zahnarzt-jaegertor.de | Website: www.zahnarzt-jaegertor.de

Kinderanamnese

Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder! Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen möchten. Um die Behandlung optimal auf Ihr Kind abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie dazu Fragen haben, beantworten wir Ihnen diese gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Persönliches

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon Festnetz _____ Telefon Arbeit _____ Telefon Mobil _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

ja nein Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, warum? _____

ja nein Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung? (Herz-Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, Gerinnungsstörung, AIDS, Hepatitis, geistige/körperliche Behinderung)

Wenn ja, welche? _____

ja nein Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung des Nervensystems? (Krampfleiden, epileptische Anfälle, sonstiges)

Wenn ja, welche? _____

ja nein Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

ja nein Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten?

Wenn ja, welche? _____

ja nein Sind in der Familie Zahnprobleme vorhanden?

Wenn ja, welche? _____

Zahnmedizinische Gesundheitsfragen

ja nein Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-/ Kieferbereich?

ja nein Hatte Ihr Kind jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?

ja nein Sind bei Ihrem Kind schon einmal Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wo und wann? _____

Mundhygiene

Wie oft werden die Zähne geputzt? 1 x am Tag

2 - 3 x am Tag

Putzt Ihr Kind selbstständig die Zähne? Ja

Nein

mit Hilfe

Womit werden die Zähne geputzt? per Hand (manuell)

per elektrische Zahnbürste

Um Ihnen und Ihrem Kind lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit nur für Sie reservieren. Das heißt aber auch, dass die Praxis still steht, wenn ein Termin nicht eingehalten wird. Wir bitten Sie daher herzlich, Ihren Termin mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diesen nicht einhalten können. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Potsdam, den _____ Unterschrift _____