Zeliha Shakir
Zahnärztin

Erlenstraße 15
01097 Dresden

Tel 0351-27571626
praxis@zahnsafari-dresden.de

Zahnsafari Shakir

ZAHNARZTPRAXIS
www.zahnsafari-dresden.de

Anamnesebogen – Kinder

Kind: Name / Vorname _____

geb. am _____ Geburtsort _____

Mutter: Name / Vorname _____ geb. am _____

Vater: Name / Vorname _____ geb. am _____

Beruf der Eltern: Mutter _____ Vater _____

Straße / Nummer _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Das Kind ist mitversichert bei: Mutter ○ oder Vater ○

Name der Krankenkasse: _____

○ privat ○ gesetzlich versichert

Betreuender Kinderarzt: _____

Allgemeine Anamnese:

(zutreffendes bitte unterstreichen/ergänzen)

	Ja/Nein
Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? (Krankheit der Mutter, Frühgeburt o.ä.)	○ ○
Herzerkrankungen? (Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges)	○ ○
Lungenerkrankungen (erschwerte Atmung, Asthma, chronische Atemwegserkrankungen)	○ ○
Gibt es eine Stoffwechselerkrankung? (z.B. Diabetes)	○ ○
Erkrankung von Schilddrüse, Niere oder Leber?	○ ○
Erkrankungen des Nervensystems? (Krampfleiden, Epilepsie, sonstiges)	○ ○
Bluterkrankung? (Blutarmut / Anämie, Hämophilie / Bluter, sonstiges)	○ ○
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	○ ○
Sonstige Erkrankungen oder Syndrome _____	
Allergie Wenn ja, welche? _____	○ ○

Bitte wenden

Zeliha Shakir
Zahnärztin

ZAHNARZTPRAXIS
www.zahnsafari-dresden.de

Ja/Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ○ ○

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? ○ ○

Wenn ja, wegen? _____

Zahnärztliche Anamnese:

Ja/Nein

Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt? ○ ○

Heutiger Anlass _____

Lutscht Ihr Kind am Daumen oder hat es daran gelutscht? ○ ○
Wenn ja, womit? _____

Erhält Ihr Kind Fluoride? ○ Ja ○ Nein
Wenn Ja, welche? ○ Speisesalz ○ Zahnpasta ○ Tabletten ○ andere

Verletzungen/Operationen im ○ Mund-, ○ Kiefer-, ○ Gesichtsbereich
Was/Wann? _____

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne? _____

Putzt es allein, oder putzen Sie nach? _____

Wird Ihr Kind gestillt? ○ Ja ○ Nein

Wurde Ihr Kind gestillt? ○ Ja ○ Nein Falls ja, wie lange? _____

Trinkangewohnheiten: ○ Nuckelflasche, ○ Sportlerflasche, ○ Becher/Glas

Kieferorthopädische Besonderheiten: _____

Betreuender Kieferorthopäde: _____

Sonstige Besonderheiten: _____

Zeliha Shakir

Zahnärztin

ZAHNARZTPRAXIS
www.zahnsafari-dresden.de

Ernährung bei Kindern:

Wie häufig gibt es Süßigkeiten?

_____

Was und wieviel trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

_____

Hat ihr Kind etwas zu trinken am Bett? Wenn ja, was?

_____

Sorgerecht:

○ Mutter & Vater ○ nur Mutter ○ nur Vater ○ andere:_____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

○ Auf Empfehlung ○ Überweisung von Zahn-/Arzt:_____

○ Homepage ○ Jameda ○ Facebook

○ Sonstige:_____

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung der persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Hinweis zum Ausfallhonorar

Um einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, bitte wie Sie, **Termine mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen.** Sollte eine **Absage weniger als 24 Stunden** vor dem vereinbarten Termin erfolgen, behalten wir uns vor, ein **Ausfallhonorar in Höhe von 150€ zu berechnen.**
Vielen lieben Dank für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung!

Ort:_____ Datum: _____

Unterschrift/Erziehungsberechtigte/r: _____