



**ZZI Melsungen**

Zahnärztl. Leitung:  
Dr. Petra Rauch, MSc., MSc.

## Anamnese KIDS

Liebe Eltern,

das Centrum für Dentale Gesundheit MVZ GmbH freut sich sehr, Ihre Familie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie sich einen Moment Zeit zu nehmen, um den Anamnesebogen auszufüllen. Er hilft uns Ihr Kind und Sie besser kennenzulernen und trägt zur optimalen Vorbereitung der Behandlung und Betreuung bei.

### Persönliche Angaben:

Kind  weiblich  männlich

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

#### Mutter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

#### Vater

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon gesch. \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Wer ist der Erziehungsberechtigte?  Mutter  Vater  beide

### Versicherung:

Kind Krankenkasse: Wie ist ihr Kind versichert?  gesetzlich  privat  freiw. gesetzlich

Über wen ist ihr Kind versichert?  Mutter  Vater  sonstiges

Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

1. Zahnarztbesuch  Routinekontrolle

Schmerzbehandlung  Putzschule

sonstiges: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Gesundheitsfragen:

Allergien (nachgewiesen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Atemwegserkrankungen (Asthma)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Diabetes (Zucker)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Erkrankung der Nieren oder Leber	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Geistige Behinderung oder Beeinträchtigung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Lernschwäche/ADS/ADHS	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Sprach-, Hör- und/oder Sehprobleme	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Nimmt ihr Kind Medikamente?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus? (außer bei der Geburt)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Warum? _____

### Zahnmedizinische Gesundheitsfragen:

Wann bekam Ihr Kind den ersten Zahn? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Warum? _____
Welche Einstellung hat Ihr Kind zum Zahnarzt?	<input type="radio"/> neutral		<input type="radio"/> ängstlich <input type="radio"/> negative Erfahrung
Hat Ihr Kind aktuell Zahnschmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund/Kiefer-/Gesichtsbereich?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Nimmt ihr Kind einen Schnuller oder Daumen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Bis zu welchem Alter? _____
Gibt es bereits Röntgenaufnahmen vom Mund?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Datum: _____

### Ernährungs- & Putzgewohnheiten:

Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wie lange? _____
Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nachts zum Einschlafen
Wie oft isst Ihr Kind Süßes?	<input type="radio"/> täglich		<input type="radio"/> ___x/Woche <input type="radio"/> nie
Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach?	<input type="radio"/> 2x täglich		<input type="radio"/> 1x täglich <input type="radio"/> nie
Geben Sie Ihrem Kind Fluorid Präparate?	<input type="radio"/> Zahnpasta		<input type="radio"/> Gel <input type="radio"/> Fluorid-Tabletten

### Anamnese der Eltern:

Allergien (nachgewiesen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche? _____
Neigen Sie zu Karies?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	

### Feedback:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Familie  Freunde  Arzt-Empfehlung  Jameda  Internet

sonstiges \_\_\_\_\_

Ich möchte am Recall-System der Praxis teilnehmen, um dadurch an meine Termine erinnert zu werden. Dafür stimme ich der Speicherung bestimmter Daten (E-Mail Adresse, Telefonnr., Mobilnr.) durch die Praxis zu.  
(Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher freiwilliger Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und erkläre mich einverstanden, zur Verarbeitung meiner Daten gemäß Informationspflichten nach Art. 13, Art. 14 EU-DSGVO. Mir ist bekannt, dass ergänzende datenschutzrechtliche Angaben auf unserer Homepage (siehe unten) zu finden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihre Bemühungen! Ihr Centrum für Dentale Gesundheit MVZ GmbH.

[www.zzi-dr-rauch.de](http://www.zzi-dr-rauch.de)