

Anamnesebogen

Sehr geehrte Eltern,

herzlich willkommen in unserer Universitätszahnklinik. Damit wir Sie bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Patient*in:

- männlich
 weiblich
 divers

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Versicherte*r:

- Mutter
 Vater

Name, Vorname

geboren am

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

E-Mail-Adresse:

- Mutter
 Vater

Krankenkasse:

Name

Versichertennummer

Versicherungsstatus:

- privat versichert
 Beihilfe
 Basistarif
 Vollversichert

- gesetzlich versichert
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 mit priv. Zusatzversicherung

- Zuzahlungsbefreiung
 Beihilfe
 Zusatzversicherung
 Kostenerstattung

Hausarzt:

Zahnarzt:

ggf. gesetzl. Betreuer:

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?

Ja Nein Weiß nicht

1. Allergien/ Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja, welche?

2. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung?
Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten? (z.B. ASS, Marcumar)

3. Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS)
Wenn ja, welche?

4. Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? (z.B. Scharlach, häufige Erkältungskrankheiten?)

5. Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden?

6. Hat Ihr Kind noch Geschwister? Wenn ja, welchen Alters?

Bitte wenden!

	Ja	Nein	Weiß nicht
7. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wann kamen die ersten Milchzähne? <input type="checkbox"/> zwischen dem 06. und 07. Monat <input type="checkbox"/> nach dem 8. Monat			
9. Wann kamen die bleibenden Schneidezähne? <input type="checkbox"/> vor d. 6. Lebensjahr <input type="checkbox"/> im 6. – 7. Lebensjahr <input type="checkbox"/> nach d. 7. Lebensjahr			
10. Sind bei einem Unfall die Milchzähne verloren gegangen oder die bleibenden Zähne beschädigt worden? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. War Ihr Kind bereits beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt? <input type="checkbox"/> Polypen wurden entfernt <input type="checkbox"/> Mandeln wurden entfernt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Atmen Ihr Kind mehr: <input type="checkbox"/> durch den Mund <input type="checkbox"/> durch die Nase?			
13. Setzt Ihr Kind beim Schlafen mit der Atmung aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Schnarcht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hat Ihr Kind gelutscht? <input type="checkbox"/> am Daumen <input type="checkbox"/> am Nuckel <input type="checkbox"/> lutscht noch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ist Ihnen bei Ihrem Kind beim Sprechen / Reden schon einmal eine Störung aufgefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente/ Dosierung:

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und/oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung wie auch zur Erfüllung unserer Aufgaben in Lehre und Forschung ist es unerlässlich, die bei Ihrer Behandlung erhobenen medizinischen Befunde auszuwerten. Hierzu erbitten wir Ihre Zustimmung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Mitarbeiter/innen und Studierende auf meine Behandlungsdokumentation zu wissenschaftlichen Zwecken Zugriff nehmen dürfen, um darin enthaltene Daten jeweils in pseudonymisierter, d. h. verschlüsselter Form (Art. 4 Nr. 5 DSGVO) zu verarbeiten und im Rahmen von Forschungsprojekten zu publizieren.

Ich willige in die Datenerhebung ein.

Ich bin mit der Wiederbestellung zu Kontrolluntersuchungen und Prophylaxeterminen* einverstanden: ja nein

* Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um eine kostenpflichtige Leistung handelt. Eine Vielzahl der gesetzlichen Krankenkassen gewährt seinen Versicherten einen Zuschuss im Rahmen von freiwilligen Leistungen.

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich per E-Mail und per Handy (SMS) kontaktieren: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in oder gesetzliche/r Vertreter*in