



# DR. STRAFELA-BASTENDORF

Familien-Zahnarztpraxis

## Anamnesebogen für Kinder vom 6. bis zum 10. Lebensjahr

Patient	Versicherter
	Nur ausfüllen, wenn Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind.
Name	Name
Vorname	Vorname
Geb.-Datum	Geb.-Datum
Geb.-Ort	Geb.-Ort
Straße	Straße
PLZ / Ort	PLZ / Ort
Tel.	Tel.
Tel. G.	Tel. G.
Mobil	Mobil
E-Mail	E-Mail
	Beruf

Erziehungsberechtigt?	Beide		Mutter		Vater	
Abweichende Anschrift	Straße					
	PLZ / Ort					
	Tel.					

Gesetzl. Krankenkasse	Zusatzversicherung				
Private Krankenkasse	Beihilfe		Standardtarif		

Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.	Ja	Nein	Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.	Ja	Nein
<b>Allgemeinmedizin</b>					
Kinderarzt			Infektionskrankheiten		
Herzerkrankungen			Welche?		
Welche?			Allergien		
Endokarditisprophylaxe			Welche?		
Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner)			Osteoporose		
Diabetes			Tumorerkrankung		
Rheuma			Welche?		
Rheumatisches Fieber			Sonstige Erkrankungen		
Lungenerkrankung (Asthma)			Welche?		
Schilddrüsenerkrankung			Medikamente?		
Nierenerkrankungen			Welche?		

<b>Zahnmedizin</b>					
Vorbehandler (Zahnarzt)					
Was ist Ihr Hauptanliegen?					
Wurden Sie weiterempfohlen?					
Von wem?					
Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme?					
Welche?					
Wurden bei Ihrem Kind bereits Röntgenaufnahmen der Zähne gemacht?					





# DR. STRAFELA-BASTENDORF

Familien-Zahnarztpraxis

Spezielle Anamnese						
<b>1. Mundhygiene</b>						
Wie oft am Tag putzt Ihr Kind die Zähne?		weniger als 1-mal		1- bis 2-mal		-mal
Putzen Sie regelmäßig die Zähne nach?		immer		selten		nie
<b>2. Fluoridangebot</b>						
Nimmt Ihr Kind Fluoridtabletten?		Ja		Nein		
Kochen Sie mit fluoridiertem Salz?		Ja		Nein		
Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind?						
<b>3. Ernährung</b>						
Wie oft am Tag isst Ihr Kind?		2-bis 5-mal		über 5-mal		
Wie oft am Tag trinkt Ihr Kind zuckerhaltige Getränke?		2- bis 5-mal		über 5-mal		
<b>4. Funktion</b>						
Atmet Ihr Kind durch den Mund?		Ja		Nein		
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?		Ja		Nein		
Trinkt Ihr Kind nachts?		Ja		Nein		

Bitte ankreuzen.	Ja	Nein
Ich entbinde Dr. Strafela-Bastendorf von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung steht. Dies betrifft Konsil mit anderen Ärzten, Labor (bei Zahnersatz), Krankenkassen.		
Soweit es der Informationsbedarf der Erstattungsstelle eine Datenübermittlung im Sinne des § 3 Abs. 4 Nr. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser einverstanden.		
Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meiner Tochter / meinem Sohn im Rahmen der Kariesprophylaxe Fluoride verwendet werden dürfen.		
Ich bin damit einverstanden, dass zur Dokumentation der Behandlung Röntgenaufnahmen gemacht werden dürfen.		
Ich sage Behandlungstermine spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin ab. Bei Nichteinhaltung der Terminvereinbarung hat die Praxis einen Schadensanspruch (Az. 411 C3/17) an mich.		
<b>Datenschutz:</b> Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden.		

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter