



DR. STRAFELA-BASTENDORF

Familien-Zahnarztpraxis

Anamnesebogen für Kinder vom 10. bis zum 18. 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

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
---------------------------------	----	------	---------------------------------	----	------

Allgemeinmedizin					
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?		

Zahnmedizin					
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					
1. Mundhygiene					
Wie oft putzt Du Deine Zähne täglich?		weniger als 1-mal		1 bis 2-mal	-mal
Reinigst Du auch Deine Zahnzwischenräume?		Ja		Nein	
2. Fluoridangebot					
Welche Zahnpasta benutzt Du?					
Wird Zuhause fluoridiertes Speisesalz verwendet?		Ja		Nein	
3. Ernährung					
Wie oft am Tag isst Du?		2- bis 5-mal		über 5-mal	
Was trinkst Du?					
4. Rauchen					
Rauchst Du?		Ja		Nein	
5. Funktion					
Knirschst oder presst Du mit den Zähnen?		Ja		Nein	
Hast Du sonstige Angewohnheiten?		Ja		Nein	
Wie z. B. Zungenbeißen, Zungenpressen, Wangenbeißen oder Wangensaugen, Mundatmung?					

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.		
Datenschutz: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden.		

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter