[LOGO / PRAXIS DR. WORSECK]

[QR-CODE]

Online-Anamnese

ANAMNESEBOGEN KINDER

Liebe Eltern,

eine genaue Anamnese ist die Grundlage für eine optimale Vorbereitung und spätere Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich Zeit, diese vollständig und sorgfältig auszufüllen.

01

ANGABEN ZUR PERSON

Kind (Name, Vorname): _____ Versicherter (Name): _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift Straße: _____ Erziehungsber.: _____

PLZ / Ort: _____ Handy / E-Mail: _____

Erziehungsber.: _____ Handy / E-Mail: _____

Versicherung:

☐ gesetzlich ☐ gesetzlich mit Zusatz ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ Basistarif

Wie haben Sie uns gefunden?

☐ Empfehlung ☐ Google ☐ Website ☐ Instagram ☐ Jameda ☐ Sonstiges

02

WARUM KOMMEN SIE ZU UNS?

☐ Erstuntersuchung ☐ Kontrolle ☐ Prophylaxe ☐ Schmerzen ☐ Zahnunfall

☐ Zweitmeinung ☐ Sonstiges

03

ALLGEMEINE ANGABEN

Frage	Ja	Nein
Ist dies der erste Zahnarztbesuch Ihres Kindes?	☐	☐
Wurde Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt?	☐	☐
Gab es Probleme bei einer örtlichen Betäubung?	☐	☐
Gibt es Besonderheiten im Umgang mit Ärzten oder Behandlungen?	☐	☐

Persönliche Anmerkungen:

Hier Ihre Notizen eintragen...

04

ZAHNPFLEGE

Zähneputzen Häufigkeit: _____ x pro Tag ☐ allein ☐ mit Hilfe ☐ nur Eltern

Welche Zahnpasta verwendet? _____

Reinigung Zahnzwischenräume? ☐ Ja ☐ Nein

Andere Hilfsmittel? _____

Regelmäßige Individualprophylaxe / PZR? ☐ Ja ☐ Nein

Fluoridierung:

Fluoridtabletten: ☐ Nein ☐ Ja, Dauer: _____ Fluoridiertes Speisesalz:

☐ Nein ☐ Ja

Wurde Ihr Kind gestillt? ☐ Nein ☐ Ja, Dauer: _____

05

LUTSCHGEWOHNHEITEN

☐ Schnuller ☐ Daumen ☐ Nuckelflasche ☐ keine

06

ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Erkrankung	Ja	Nein
Asthma	☐	☐
Allergien	☐	☐
Herzfehler	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Epilepsie	☐	☐
ADHS	☐	☐

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? _____

Wenn ja: _____

07

DIE WELT IHRES KINDES

Lieblingskuscheltier oder Begleiter: _____

Was mag Ihr Kind besonders?: _____

Was hilft, sich sicher zu fühlen?: _____

Was sollten wir über Ihr Kind wissen?: _____

08

EINWILLIGUNGEN UND ORGANISATORISCHE HINWEISE

- ☐ Ich wünsche eine Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen (Recall).
- ☐ Ich bin mit Terminbestätigungen per Telefon, SMS oder E-Mail einverstanden.
- ☐ Ich habe die Datenschutzhinweise gemäß Art. 13 DSGVO erhalten.
- ☐ Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

> **BESTELLPRAXIS / AUSFALLHONORAR**
> Unsere Praxis arbeitet als Bestellpraxis. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage spätestens 24 Stunden vorher. Bei nicht rechtzeitig abgesagten oder versäumten Terminen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar nach den gesetzlichen Bestimmungen zu berechnen.

- ☐ Diesen Hinweis habe ich zur Kenntnis genommen.