

# Anamnese Minderjährige



Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für Ihren behandelnden Zahnarzt; er verbleibt bei Ihren Akten und unterliegt dem Datenschutz. Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem Interesse genau.

Name (Minderjähriger).....Geburtsdatum.....  
Straße, Nr. ....PLZ, Wohnort.....  
Telefon.....Handy.....  
Krankenkasse..... Beihilfe       Zusatzversicherung

## Gesetzlicher Vertreter (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon)

.....  
.....

E-Mail.....

Ist Ihr Kind in Ärztlicher oder Kieferorthopädischer Behandlung?

Wenn ja:

Hausarzt/Kinderarzt .....

Kieferorthopäde.....

## Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein
Hoher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja welche.....

Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis (Herzmuskelentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Allergien**                                           

Wenn ja, welche :.....

.....

## Infektionen

	Ja	Nein
HIV / Immunschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A /B /C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere.....

Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:  Ja  Nein

.....  
Herzschrittmacher, Hörgerät, Organtransplantat

Wenn ja, welche :.....

## Mundhygiene

Wie werden die Zähne geputzt?  vom Kind  mit Hilfe der Eltern  von den Eltern

Wie oft werden die Zähne geputzt (am Tag)?.....

Womit werden die Zähne geputzt?  Handzahnbürste  Elektrische Zahnbürste

Zahncreme mit Fluorid  ohne Fluorid

Grund des heutigen Zahnarztbesuches .....

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch  Ja  Nein

**Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, Sie unverbindlich an Ihre nächste Kontrolluntersuchung zu erinnern (Recall)?**  Ja  Nein

.....  
Datum, Ort  Unterschrift gesetzl. Vertreter

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten notwendig

.....  
Datum, Ort  Unterschrift gesetzl. Vertreter