



# DR. STRAFELA-BASTENDORF

Familien-Zahnarztpraxis

## Anamnesebogen für Kinder vom 6. bis zum 12. Lebensjahr

Patient	Versicherter*
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	Beruf
	*Nur ausfüllen, wenn Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind.

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

Gesetzl. Krankenkasse	Zusatzversicherung				
Private Krankenkasse	Beihilfe		Standardtarif		

Allgemeinmedizin					
Kinderarzt			Infektionskrankheiten	J	N
Herzerkrankungen	J	N	Welche?		
Welche?			Allergien	J	N
Endokarditisprophylaxe	J	N	Welche?		
Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner)	J	N	Osteoporose	J	N
Diabetes	J	N	Tumorerkrankung	J	N
Rheuma	J	N	Welche?		
Rheumatisches Fieber	J	N	Sonstige Erkrankungen	J	N
Lungenerkrankung (Asthma)	J	N	Welche?		
Schilddrüsenerkrankung	J	N	Medikamente?	J	N
Nierenerkrankungen	J	N	Welche?		

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





# 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?	J		N			
Kochen Sie mit fluoridiertem Salz?	J		N			
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?	J		N			
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	J		N			
Trinkt Ihr Kind nachts?	J		N			

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.	J	N
<b>Datenschutz:</b> Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden.	J	N
Soweit es der Informationsbedarf der Erstattungsstelle eine Datenübermittlung im Sinne des Art.9 Abs.2 EU-DSGVO i.V.m §22 BDSG bzw. Art. 6 EU-DSGVO bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser einverstanden.	J	N
Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meiner Tochter / meinem Sohn im Rahmen der Kariesprophylaxe Fluoride verwendet werden dürfen.	J	N
Ich bin damit einverstanden, dass zur Dokumentation der Behandlung Röntgenaufnahmen gemacht werden dürfen.	J	N
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.	J	N

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter