



Dr. Sandra Pulvermüller

Zahnärztin für Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Praxis Ahornweg 15, 94167 Tettenweis, Tel.: 08534 / 84 24 24 Fax: 08534 / 84 24 26
www.no-caries.de

Patientenerhebungsbogen für Kinder

Kind:

Name Vorname geb. am

Mutter:

Name Vorname geb. am Beruf

Vater:

Name Vorname geb. am Beruf

Telefon:

privat geschäftlich / mobil

Wohnort des Versicherten

.....
Straße / Hausnummer PLZ / Ort

Das Kind ist mitversichert bei: Mutter Vater
Erziehungsberechtigte: Mutter Vater beide Sonstige _____

Zahnärztlicher Kinderpass: Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Kinderarzt Hauszahnarzt Patient Internet Sonstiges _____

Bitte ausfüllen:

Geschwister:Schwester(n), Alter:
..... Bru(e)der, Alter:

Patient:
Kindergarten ja nein
 Schuljahr

Besonderheiten, die Sie gerne nennen möchten:

Name, Adresse, Telefonnummer Ihres Kinderarztes:

Name, Adresse, Telefonnummer Ihres Hauszahnarztes, wenn überwiesen:

Vom Patienten / Eltern auszufüllen

Allgemeine Anamnese

Ist das Kind z.Zt. in ärztlicher (nicht zahnärztl.) Behandlung?

Ja O wegen: Nein O

Arzt/Ärztin

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja O Nein O

Welche:

Herz / Kreislauf: Ja Nein Herzfehler O O Herzgeräusche O O Sonstiges Herzpass O O

Stoffwechsel Ja Nein Diabetes O O Schilddrüsenüberfunktion O O Schilddrüsenunterfunktion O O Sonstiges

Nervensystem Ja Nein Epileptiforme Anfälle O O Krämpfe O O Neurol. Störungen

Blutkrankheiten Ja Nein Hämophilie (Bluter) O O Anämie (Blutarmut) O O Sonstiges

Allergien Asthma

Allergie

reagiert allergisch auf: Ja O Nein O (nicht bekannt)

Latex Allergiepass O O (nicht bekannt)

Infektionskrankheiten

(z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

Ja O Nein O

wenn ja, folgende:

Chronische Atemwegserkrankungen

Ja O Nein O

Krankenhausaufenthalte

Tonsillektomie (Mandeln) O...../.....O (Monat/Jahr) Ja Nein

Sonstige Erkrankungen/Syndrome/ oder

Besonderheiten:

Möchten Sie in unsere Recalldate aufgenommen werden? Ja O Nein O

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ nach DSGVO sind in der Praxis einsehbar.

..... Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Von der Praxis auszufüllen

Zahnärztliche Anamnese

Erster Zahnarztbesuch mit Jahren

Heutiges Motiv

Zahnarzt-Erfahrung des Kindes

O gut O mittel O schlecht

Mund-/ Kiefer- Operationen, Unfälle?

Wann:

Zähne/Strukturen:

Folgen:

Habits Ja Nein

Daumen O bis: O

Finger O bis: O

Schnuller O bis: O

Flasche / Brust Ja Nein

Stillen O bis: O

Flasche O bis: O

„Nuckler“? O O

O nachts O tags Inhalt:

KFO-Behandlung

Wurde schon eine KFO- Behandlung durchgeführt?

Ja Nein Eltern O O Geschwister O O Patient O O

KFO geplant? Patient O O

Zähneputzen O nicht täglich O 1 mal täglich Motiviert O 2 mal täglich Ja O Nein O O 3 mal und öfter täglich

Individuelle Fluorid-Anamnese (von der Prophylaxehelferin zu erheben)

Fluoridiertes Speisesalz Fluoridierte Kinderzahnpaste Fluoridsupplement Tabletten Ja O O O O O O

O Nein O O

Besonderheiten: