

K 1

Anamnesebogen für die Kinderbehandlung

1.) Patientendaten:

Nachname:

Geburtsdatum:

Vorname:

<u>Altersbereich:</u>	<input type="radio"/> 0 -7	Jahre
	<input type="radio"/> 7-14	Jahre
	<input type="radio"/> 14-18	Jahre

Anschrift:

PLZ, Ort:

Tel. Nr.: 0/

Krankenkasse:

Soz. Vers. Nr:

Privatarztversicherung für Zahnarzt bei:

Kinderarzt: Tel.Nr.....

Angaben zum Obsorgeberechtigten:

Vater (Vor- und Zuname, akad.Grad):

Mutter (Vor- und Zuname, akad.Grad):

Obsorgeberechtigter:

(falls nicht gemeinsame Obsorge, oder Obsorge aus anderen Gründen):

<u>ständig erreichbare Tel. Nr. des Obsorgeberechtigten (Handy):</u>
0/

Anschrift:
(falls abweichend)

Dienstgeber/Beruf

Krankenkasse und
Soz. Vers. Nr. des
Obsorgeberechtigten:

Welcher Weg hat Sie zu uns geführt?

- Empfehlung
- Internet (google, herold, links)
- Telefonbuch
- Inserat
- Zeitungsartikel
- sonstige

K 1

Lieber Patient, sehr geehrte Eltern und Obsorgeberechtigten!

Wir wollen die Zahnbehandlung unserer kleinen Patienten so angenehm wie möglich gestalten. Damit wir uns ganz persönlich und individuell auf jedes Kind und seine Bedürfnisse einstellen können, bitten wir Sie, uns einige Informationen zu geben, die wie alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen:

2.) Umfeldinformationen zum Kind:

Das Kind besucht derzeit Kinderkrippe/Kindergarten/Schule/.....

Sind Geschwister da? JA NEIN

Bestehen derzeit Schmerzen? JA NEIN

War das Kind schon einmal beim Zahnarzt? JA NEIN

Wenn ja, gab es dabei Probleme? JA NEIN

Wenn ja, wo gab es die Probleme?

Schmerz Spritze Räumlichkeiten Ärztin/Arzt Bohrgeräusch Geruch

anderes

Gibt es in der Familie Angst vorm Zahnarzt? Mutter Vater
 JA NEIN JA NEIN

Neigen die Eltern zu

Karies/Zahnfleischbluten/Zahnstein? JA NEIN JA NEIN

Welche Interessen hat unser kleiner Patient?

beim Spielen:

Lieblings-Sport:

Lieblings-Farbe:

Lieblings-Essen:

Lieblings-Tier/Kuscheltier:

Lieblings-Zeichentrick:

Lieblings-Film/Buch:

Lieblings-Urlandsland:

K 1

War/ist das Kind an einer der folgenden Erkrankungen erkrankt?

- Bluterkrankungen (Anämie, Leukämie, Bluter)
- Herzerkrankungen oder angeborener Herzfehler
- Epilepsie
- Fieberkrämpfe
- Neurodermitis
- Taubheit oder Hörschäden
- Sehschwäche oder Blindheit
- Muskelschwäche oder Spasmen
- Lungenerkrankungen oder Atemwegserkrankungen (zB Asthma)
- Luftwegsanomalien
- Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Zuckerkrankheit
- Stoffwechselerkrankungen
- geistige Verzögerung oder Behinderung

Sonstige Allgemeinerkrankungen oder Syndrome:

.....

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist das Kind hyperaktiv? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Ermüdet Ihr Kind rasch? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Ist die körperliche Entwicklung altersgemäß? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hat das Kind schon einmal eine Narkose oder Sedierungen (oder Beruhigungsmittel) bekommen? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Gab es dabei Komplikationen? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

Falls ja, welche?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Gab es Erkrankungen während der Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

Falls ja, welche?

Erkrankungen des Kindes in den ersten 2 Lebensjahren:

.....

.....

.....

K 1

5.) Fragen zur Blutgerinnung:

Eigenanamnese des Kindes	ja	nein
1. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt „blaue Flecke“ auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kam es während oder nach einer Operation zu längerem und verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kam es im Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, z. B. Aspirin, ASS oder ähnliches genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienanamnese, getrennt für Vater und Mutter	ja	nein
1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (Rasieren) nachblutet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gab es in der Vorgeschichte längere oder verstärkte Nachblutungen nach Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gab es längere oder verstärkte Nachblutungen nach oder während dem Ziehen von Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gab es in der Vorgeschichte Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzfragen an die Mutter	ja	nein
8. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kam es bei oder nach Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: Eberl W et al. (2005) Präoperatives Screening auf Gerinnungsstörungen vor Adenotomie und Tonsillektomie. Klin Pädiatr; 217: 20 - 24

Lieber Patient, sehr geehrte Eltern und Obsorgeberechtigten!

Wir bemühen uns um geringe Wartezeiten und bitten Sie daher auch, Ihren Termin bei uns pünktlich einzuhalten – Kinder warten ungern! Falls es Ihnen jedoch einmal unmöglich sein sollte, den Termin einzuhalten, bitten wir Sie, ihn zumindest 24 Stunden vorher abzusagen – gerne vereinbaren wir einen neuen Termin. Falls keine rechtzeitige Absage erfolgt, müssen wir Ihnen ein Ausfallshonorar verrechnen, wenn uns dadurch Unkosten entstehen.

Ich habe diesen Anamnesebogen aufmerksam gelesen und verstanden und die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

.....
Unterschrift des Obsorgeberechtigten

.....
Zahnärztin



Hauptplatz 1 | 9560 Feldkirchen
04276 / 24 10 | ordination@dr-ure.at | www.dr-ure.at

In Ordinations- und Apparategemeinschaft
mit Dr. Claus Grohmann