



# AVADENT KIDS!

*Zahnmedizin einer neuen Generation.*

## KINDERANAMNESEBOGEN

### Patient Kind:

**Name:** ..... **Vorname:** .....  
Geburtsdatum: ..... PLZ: .....  
Straße: ..... Wohnort: .....  
Kinderarzt: .....

### Versicherter Elternteil / gesetzl. Vertreter:

**Name:** ..... **Vorname:** .....  
Geburtsdatum: ..... PLZ: .....  
Straße: ..... Wohnort: .....  
Telefon: ..... Mobil: .....  
Arbeitgeber: ..... e-mail: .....

Gesetzliche Krankenkasse: ..... Private Versicherung: .....

Alleiniges Sorgerecht       Gemeinsames Sorgerecht       Privater Basistarif       Kostenerstattung

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Überweisung
- Empfehlung Freunde/Bekannte
- Telefonbuch/Gelbe Seiten
- Internet
- Zeitungsanzeige
- Vorträge
- .....

Bitte beantworten Sie uns noch die umseitig aufgeführten Gesundheitsfragen, damit wir besser auf Ihre Probleme eingehen und allgemeinmedizinische Risiken vermeiden können. Ihre persönlichen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**BITTE WENDEN**

**Ein paar Dinge, die wir über Ihr Kind wissen möchten:**

**ja    nein**

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche?.....

Ist Ihnen eine Unverträglichkeit bei bestimmten Medikamenten bekannt?

Wenn ja, welche?.....

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung?

Atmet Ihr Kind häufig mit offenem Mund?

Nimmt Ihr Kind einen Beruhigungssauger und/oder eine Trinkflasche mit Sauger?

Lutscht Ihr Kind am Daumen bzw. an den Fingern?

Haben Sie bei Ihrem Kind Zähneknirschen oder –pressen beobachtet?

Wann fand im Babyalter der erste Milchzahndurchbruch statt? .....

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung (Zahnspange?)

Wenn ja, bei wem? .....

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma

Chronische Bronchitits

Herzerkrankungen

Nierenerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Genetische Erkrankungen

Epilepsie

Bluterkrankungen / Blutgerinnungsstörungen

Infektionen (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

Andere Allgemeinerkrankungen

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erteilt zu haben und verpflichte mich, eintretende Änderungen des Gesundheitszustandes während der gesamten Behandlungsdauer mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, mitgebrachte und hier erhobene Befunde und Röntgenbilder, Karteikarteneinträge und andere Aufzeichnungen von allen Mitgliedern und Mitarbeitern der Avadent Clinic Dr. Henrich & Coll. eingesehen werden dürfen und dass sie in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Studien ausgewertet werden können.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/-er