



## Anamnese - Kind

(Persönliche Daten und Krankengeschichte)

<b>Patient</b> Kind	<b>Name:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____	<b>Geb.:</b> _____
Anschrift	<b>Straße:</b> _____	<b>Nr.:</b> _____	
	<b>Postleitzahl:</b> _____	<b>Ort:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____
	<b>Fax-Nr.:</b> _____	<b>E-Mail:</b> _____	<b>Handy:</b> _____
	<b>Versichert über:</b> <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> selbst		
<b>Erziehungsberechtigter</b>	Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/>		
Mitglied / Zahlungs- Pflichtiger	<b>Name:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____	<b>Geb.:</b> _____
Anschrift	<b>Straße:</b> _____	<b>Nr.:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____
	<b>Postleitzahl:</b> _____	<b>Ort:</b> _____	
Beruf d. Mitgliedes	<b>Arbeitgeber:</b> _____		
Name der Krankenkasse	_____	<input type="checkbox"/> <b>pflichtversichert</b>	<input type="checkbox"/> <b>privat zusatzversichert</b>
Kinderarzt	_____	<input type="checkbox"/> <b>privat versichert</b>	<input type="checkbox"/> <b>freiwillig versichert</b>
		<input type="checkbox"/> <b>PKV- Standardtarif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ich wünsche Kostenerstattung gem. §13 Abs. 2 SGB V</b>
		<input type="checkbox"/> <b>beihilfeberechtigt</b>	

Zur Sicherheit Ihres Kindes erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen des Versicherungsstandes, Ihrer Adresse und des Gesundheitszustandes Ihres Kindes mit!

1. Sind bei Ihrem Kind folgende **Krankheiten / Symptome** bekannt : **Ja**
- |  |                          |                                 |
|--|--------------------------|---------------------------------|
| a. <b>Allergien, Unverträglichkeiten</b><br>von Medikamenten / Materialien<br><b>Allergiepass</b>  | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche:<br>_____       |
| b. <b>Herz-, Kreislaufkrankungen</b><br>(angeborener) Herzfehler, Herzgeräusche, Sonstiges<br><b>Herzpass / Endokarditisprophylaxe</b>   | <input type="checkbox"/> | Weitere Erläuterungen:<br>_____ |
| c. <b>Schwierigkeiten bei der Atmung</b><br>Asthma, Pseudo Krupp, Sonstiges  | <input type="checkbox"/> | Weitere Erläuterungen:<br>_____ |
| d. <b>Infektionserkrankungen</b><br>HIV, TBC, Hepatitis A/B/C, Sonstiges   | <input type="checkbox"/> | Weitere Erläuterungen:<br>_____ |
| e. <b>Internistische Erkrankungen</b><br>Diabetes, Blutgerinnungsstörung,<br>Lebererkrankung, Nierenerkrankung, Epilepsie /<br>Krampfanfälle, Autoimmunerkrankungen, Tumore /<br>bösartige Erkrankungen, Sonstiges | <input type="checkbox"/> | Weitere Erläuterungen:<br>_____ |



DR. GHAUSSY & PARTNER  
ZAHNÄRZTE

GEMEINSCHAFTSPRAXIS DR. GHAUSSY UND DR. ABED-WEBER, BRAMFELDER CHAUSSEE 1, 22177 HAMBURG, TEL.: 040/691 81 26,  
FAX: 040 690 67 11, WWW.GHAUSSY.DE

- f. **Störungen des Bewegungsapparates**  Weitere Erläuterungen: \_\_\_\_\_  
Rheuma, Lähmungen, veränderter Muskeltonus, körperliche Behinderung, Sonstiges
- g. **Geistige Verzögerung / Behinderung**  Weitere Erläuterungen: \_\_\_\_\_  
Sonstiges
2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein?  Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
3. Ist Ihr Kind vollständig **geimpft**?  \_\_\_\_\_
4. War Ihr Kind schon einmal beim **Zahnarzt**?
5. Hat bereits eine **Behandlung** stattgefunden?
6. Existieren aktuelle Zahn/Kiefer-**Röntgenbilder** Ihres Kindes?  Wenn ja, in welcher Praxis: \_\_\_\_\_
7. Hatte Ihr Kind schon mal ein **negatives Erlebnis beim Zahnarzt**?  \_\_\_\_\_
8. Gab es in der Vergangenheit einen **Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich** (z.B. Sturz auf die Zähne)?  Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
9. Ist ihr Kind **gestillt** worden?  Wenn ja, wie lange: \_\_\_\_\_
10. Bekommt Ihr Kind die **Flasche**?  Wenn ja, Inhalt: \_\_\_\_\_
11. Derzeitiges **Hauptgetränk** Ihres Kindes: \_\_\_\_\_
12. Helfen Sie Ihrem Kind noch beim **Zähneputzen** / Putzen Sie nach?
13. Wird bereits **Zahnseide** verwendet?
14. Lutscht Ihr Kind am **Daumen / Schnuller**?
15. Bekommt Ihr Kind **Fluoridpräparate**?   Fluoretten  fluoridhaltige Zahnpasta
16. Hat Ihr Kind **Zahnschmerzen**?
17. **Grund für den heutigen Besuch:** \_\_\_\_\_
18. Wofür möchten Sie in Zukunft erinnert werden?  Vorsorge  Prophylaxe
19. Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS?
20. Sind Sie mit der digitalen Versendung Ihrer Röntgenaufnahmen an Mitbehandler einverstanden?
21. Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

**WICHTIG! Terminänderungen oder Absagen sind so früh wie möglich, spätestens 24h vor der vereinbarten Behandlungszeit vorzunehmen. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine müssen wir den kassenüblichen Satz berechnen.**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

Hamburg, den \_\_\_\_\_

Gesetzliche/r Vertreter/in:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Stellung zum Patienten:  Vater  Mutter  oder \_\_\_\_\_