Dr. Linda Kaufmann
ZAHNARZTPRAXIS

Allgemeine Anamnese (Kind) - bitte vollständig & lesbar ausfüllen, Zutreffendes einkreisen.

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____ Geb.:_____
Geschlecht: m / w / d
Adresse: _____
Sorgeberechtigte/r Name, Adresse:_____
Tel.Nr: _____ E-Mail: _____
Hausarzt/-ärztin: _____ Größe: _____ Gewicht: _____
Versicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat
Krankenkasse / Versicherung: _____ mitversichert (Familienversich.) bei Versicherter/m:
_____
Beihilfeberechtigt ☐ ja ☐ nein private Zusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein
Basistarif private Krankenversicherung? ☐ ja ☐ nein
Anliegen/ Behandlungswunsch/ Beschwerden:

Aktueller Gesundheitszustand

Derzeit in ärztlicher Behandlung?	☐ja ☐nein
OP, Klinik oder schwere Krankheit in den letzten 12 Monaten?	☐ja ☐nein
Grüner Star (Glaukom)	☐ja ☐nein
Liegt bei Ihrem Kind eine Behinderung, Syndrom oder eine Entwicklungsbesonderheit vor?	

Herz und Blutgerinnung

Blutdruck-, Rhythmus- oder andere Herzerkrankung?	☐ja ☐nein
Angeborene oder erworbene Herzklappenfehler, Endokarditis, Schrittmacher o. andere Herz-OP?	☐ja ☐nein
Antibiotikaprophylaxe empfohlen?	☐ja ☐nein
Blutungsneigung, Thrombose, Embolie?	☐ja ☐nein
Falls ja, was / wann:	

Atmung und Stoffwechsel

Asthma?	☐ja ☐nein
Diabetes Typ 1 oder 2?	☐ja ☐nein
Schilddrüsenerkrankung?	☐ja ☐nein
Falls ja was genau	

Weitere Erkrankungen

Nieren- oder Lebererkrankung	☐ja ☐nein
Magen/Darm-Erkrankung o. Reflux	☐ja ☐nein
Epilepsie oder andere neurologische Erkrankung?	☐ja ☐nein
Autoimmunerkrankungen?	☐ja ☐nein
Krebs, Chemo, Bestrahlungen oder Transplantationen?	☐ja ☐nein
Knochenerkrankung?	☐ja ☐nein
Falls ja was:	

Infektionskrankheiten

Hepatitis A, B oder C?	☐ja ☐nein
HIV / AIDS, Tuberkulose oder andere Infektion?	☐ja ☐nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit/BSE	☐ja ☐nein
Krankenhauskeime, z. B. MRSA?	☐ja ☐nein
Falls ja was/ wann:	

Weitere/ Sonstige Erkrankungen:

Rückseite →

Dr. Linda Kaufmann
ZAHNARZTPRAXIS

Einnahmen

Medikamenteneinnahme ☐ja ☐nein

Alle Medikamente mit Dosierung:

_____

Nahrungsergänzungsmittel: ☐ja ☐nein

_____

Allergien und Betäubung

Allergien z.B. gegen Medikamente, Betäubungsmittel, Latex, Metalle oder andere Stoffe? ☐ja ☐nein

Bisherige Komplikationen bei Spritzen, örtlicher Betäubung, Sedierung oder Narkose? ☐ja ☐nein

Falls ja, was/wann:

Gewohnheiten

Daumenlutschen o. Schnuller ☐ja ☐nein
Regelmäßiges Zähneputzen ☐ja ☐nein
Zahnseide ☐ja ☐nein
Fluorid wird verwendet ☐ja ☐nein
Sonstiges:

Zahnmedizinische Angaben

Angst vor Behandlung oder Spritzen? ☐ja ☐nein
Knirschen, Pressen o. Kiefergelenkbeschwerden? ☐ja ☐nein
Zahnfleischbluten? ☐ja ☐nein
Zahnspange geplant/ fertig ☐ja ☐nein

Letzter Zahnarztbesuch war ca.:_____

Weitere Orientierung

Häufig müde / gereizt ☐ja ☐nein
ADHS/ ADS o.andere Neurodivergenz
Falls ja welche _____ ☐ja ☐nein
Komplikationsreiche o. sehr lange Geburt o. Kaiserschnitt? ☐ja ☐nein
Wurde gestillt? ☐ja ☐nein
Falls ja wie lange ca.: _____
Wiederkehrende unklare Entzündungen? ☐ja ☐nein
Kopfschmerz, Migräne,Tinnitus, Schnarchen, schlechter Schlaf, Verspannungen o. Mundatmung/ erschwerte Nasenatmung? ☐ja ☐nein
Falls ja was:

Wir möchten gerne mehr erfahren zu:
☐ Biologischer Zahnmedizin
☐ integrative Myofunktion/ Dentosophie
☐ Kinderprophylaxe

Ergänzungen:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ Social Media ☐ Google /Website ☐ Sonstiges _____

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen vollständig beantwortet und teile Änderungen des Gesundheitszustands des/ der Patienten/in und der Medikamente vor der Behandlung mit.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____