

# Zahnarztpraxis Ober-Eschbach

Dr. Alexandra Strominski  
Kalbacher Str. 20 - 61352 Bad Homburg v d Höhe  
Telefon: 06172 45 10 20 - E-Mail: zahnarztobereschbach@gmail.com

---

## Anamnesebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis Ober-Eschbach.

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Unser Ziel ist es, Ihrem Kind eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, um diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen. Wir benötigen, neben Angaben zu Ihren Personalien, ausführliche Informationen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes, da diese sich auch auf die zahnärztliche Behandlung auswirken können. Wir werden im Anschluss sehr gerne alle Ihre Fragen ausführlich beantworten und hoffen, dass Sie und Ihr Kind sich bei uns wohlfühlen! Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

### Kontaktdaten des Kindes

_____	_____	_____
Name / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____	_____	_____
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
Erziehungsberechtigter	<input type="radio"/> Beide	<input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter

### Kontaktdaten der Eltern

_____	_____	_____
Name / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
_____	_____	_____
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
_____	_____	
Telefon	E-mail	

### Wie sind Sie versichert?

\_\_\_\_\_

Krankenkasse

gesetzlich versichert       privat versichert       Zusatzversicherung

### Kinderarzt

_____	_____
Name	Ort

### Wie wurde Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Praxisschild       Internet       Kindergarten / Schule \_\_\_\_\_

### Möchten Sie an den Vorsorgetermin Ihres Kindes erinnert werden?

Ja                       Nein

### Allgemeine Gesundheitsfragen

	Ja	Nein	Art der Erkrankung
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Augenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Geistige Behinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lernschwäche/ADHS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sprachprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Tetanusschutz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

## Zahnmedizinische Gesundheitsfragen

	Ja	Nein	
Hat Ihr Kind aktuell Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Wird ein Schnuller benutzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lutscht Ihr Kind am Daumen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ist Ihr Kind beim Kieferorthopäden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	bei wem? _____
Unfälle im Mund-/Kieferbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## Was ist der Grund Ihres Besuches?

	Ja	Nein	weitere Anmerkungen
Zahnschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Kontrolluntersuchung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Sonstige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

## Ernährungs- & Putzgewohnheiten

Welche Getränke trinkt Ihr Kind?	<input type="radio"/> Wasser	<input type="radio"/> Tee	<input type="radio"/> Saft	<input type="radio"/> Schorle
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?	<input type="radio"/> 1x pro Tag	<input type="radio"/> 2x pro Tag		
Putzen Sie die Zähne nach?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Wird Zahnseide verwendet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Werden Fluoridpräparate gegeben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		

Wir nehmen uns viel Zeit für die Behandlung Ihres Kindes und möchten durch unsere Terminplanung lange Wartezeiten vermeiden. Sollten Sie den Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir benötigen die Krankenkassenkarte Ihres Kindes bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt diese uns 14 Tage nach Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung. Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Versicherten/gesetzl. Vertreter