

Anamnesebogen für Kinder

Patientenetikett

Nachname: _____

Vorname: _____

Spitzname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w divers

Sozialversicherung: _____

Adresse: _____

Lieblingsbeschäftigung: _____

Erziehungsberechtigte(r): Mutter Vater
 MA11 Sonstige: _____

Erziehungsberechtigte:r 1 (Vor- Zuname): _____ geb.: _____ Titel: _____

Erziehungsberechtigte:r 2 (Vor- Zuname): _____ geb.: _____ Titel: _____

Sonstige (Vor-Zuname): _____ geb.: _____ Titel: _____

Telefonnummer Erziehungsberechtigte:r: _____ Email: _____

Mitversichert: ja nein mit wem? _____

Name und Alter der Geschwister:

Zahnzusatzversicherung: ja nein Versicherer: _____ Polizzen Nr.: _____

Hauszahn:ärztin / Adresse: _____

Haus:ärztin / Adresse:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam:	<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Hauszahn:ärztin	<input type="checkbox"/> Kinder:ärztin
	<input type="checkbox"/> Empfehlung	<input type="checkbox"/> selbst ausgesucht	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Grund des heutigen Zahnarztbesuches?	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Kontrolle	<input type="checkbox"/> Unfall
	<input type="checkbox"/> Karies	Sonstiges: _____	

War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____
Wenn ja, welche Erfahrungen hat Ihr Kind gemacht? <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
Kommentar: _____
Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund / Kieferbereich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Atmet Ihr Kind durch den Mund? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
War Ihr Kind schon einmal in logopädischer Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____
Verlief die Schwangerschaft und Geburt normal? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, warum? _____
Gewicht des Kindes bei der Geburt? _____
Hatte Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in welchem Alter? _____
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind schwere Unfälle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind schon einmal einen Spitalaufenthalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Kinderkrankheiten Masern Mumps Röteln Diphtherie

Ist Ihr Kind geimpft? Ja Nein

Wenn ja, welche Masern Mumps Röteln Diphtherie Tetanus

Herz-Kreislaferkrankungen

- Herzerkrankungen
- Hoher Blutdruck
- Hat Ihr Kind einen Herzschrittmacher?
- Herzklappenersatz
- Schlaganfall
- Sonstige Herz-Kreislaferkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

Bluterkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen
- Blutarmut
- Gerinnungshemmende Medikamente
- Thrombose
- Sonstige Bluterkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

Allergien

- Zahnärztliche Materialien
- Penicillin
- Lokalanästhetika
- Latexallergie
- Hat Ihr Kind einen Allergiepass?
- Sonstige Allergien?

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten

- Tuberkulose
- Hepatitis A / B / C
- Aids / HIV
- Sonstige Infektionserkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

Andere Erkrankungen

- Asthma / Lungenerkrankungen
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Epilepsie
- Glaukom
- Lebererkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Nierenleiden
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Hörstörungen

- Spastik
- Geistige Verzögerung
- Geistige Behinderung
- Lernbehinderung
- ADHS
- Syndrom
- Tumorerkrankung
- Sonstige Erkrankungen?

Wenn ja, welche? _____

Anamnese (Krankengeschichte) der Eltern

Sind bei ihnen Allergien bekannt?		<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> Mutter: _____ <input type="checkbox"/> Vater: _____			
		Mutter		Vater	
Neigen Sie zu	Karies	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Zahnstein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Zahnarztangst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

FORMULAR	FO-KND-3057
INTERN	Version 18.0

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich jede Änderung der persönlichen oder medizinischen Daten meines Kindes so bald als möglich bekannt geben muss, um eine bestmögliche Behandlung und Versorgung gewährleisten zu können.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG UND INFORMATION

Bitte lesen Sie die folgenden Absätze in Ruhe durch und bestätigen Sie Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift.

- Die Universitätszahnklinik Wien ist ein Ausbildungsinstitut. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Behandlungen auch von Studierenden unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Organisation von Klinik und Ausbildung bedingt, dass der Behandlungsablauf in viele Zwischenschritte geteilt wird, die von Zahnärzt:innen kontrolliert werden müssen. Der gesamte Ablauf erfordert einen erheblichen Zeitaufwand, insbesondere wenn Vorbehandlungen oder die Zusammenarbeit der verschiedenen klinischen Fachbereiche nötig sind.
- Die Behandlung an der Universitätszahnklinik Wien sieht ein ganzheitliches Konzept zur Sanierung des Kauorgans vor, sodass sich der Therapiezeitraum auch über Monate oder Jahre erstrecken kann.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs eventuell Aufnahmen der bildgebenden Diagnostik sowie Foto- oder Videoaufzeichnungen während der Behandlung und Nachsorge angefertigt werden.
- Medizinische Forschung: Die Universitätszahnklinik Wien ist eine gesetzlich anerkannte Forschungseinrichtung. Wir nutzen Ihre Patient:innendaten (inkl. Aufnahmen der bildgebenden Diagnostik, Fotodokumentationen und Videoaufzeichnungen) in pseudonymisierter Form für Forschungsprojekte. Namen oder andere direkte Identifikationsmerkmale werden nicht mit veröffentlicht; Auswertungen erfolgen zusammengefasst und ohne Rückschluss auf Ihre Person. Dies geschieht auf gesetzlicher Grundlage (Forschungsorganisationsgesetz FOG) und unter höchsten Datenschutzstandards. Ihre Einwilligung ist hierfür nicht erforderlich, Sie haben jedoch ein Auskunftsrecht. Ein Widerspruch ist aufgrund der gesetzlichen Erlaubnis nicht vorgesehen. Detaillierte Informationen zu Ihren Rechten, zur Datenverarbeitung und zu den Forschungszwecken finden Sie in unserer separaten "Datenschutzerklärung-Forschung" [<https://www.unizahnklinik-wien.at/datenschutz/>].

Wien, _____

Unterschrift gesetzliche:r Vertreter:in