



# ANAMNESEBOGEN

**DR. ECKHARD KUCK**  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
**Tätigkeitsschwerpunkte**  
Implantologie und Parodontologie  
Restaurative Funktionstherapie

**DR. CHRISTA KUCK**  
Zahnärztin  
**Tätigkeitsschwerpunkte**  
Kinder-, und Jugendzahnheilkunde  
Kieferorthopädie

Kurparkstraße 5, 63619 Bad Orb - Tel. 06052-900555 - Fax 900556 - [praxis@drkuck.de](mailto:praxis@drkuck.de)

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen, bei Fragen helfen wir gerne. Die Angaben sind freiwillig aber sehr wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Wir streben für unsere Patienten eine optimale Zahnerhaltung und -pflege an und bieten Ihnen die Möglichkeit einer Behandlung und Betreuung auf höchstem Niveau. Einige unserer Behandlungsmethoden werden nicht oder nur teilweise von den Kostenträgern bezahlt. In der Regel werden Sie persönlich dafür aufkommen müssen. Über den Umfang dieser Leistungen informieren wir Sie vor der Behandlung.

## Patient

Name  Vorname

Geb. am:  Geburtsort:

Straße – Hausnummer  PLZ/Wohnort

Telefon  Mobil  E-Mail

## Mitglied / Zahlungspflichtiger (bei Kindern Erziehungsberechtigter)

Name  Vorname  geb. am:

Straße – Hausnummer  PLZ/Wohnort

Telefon  Mobil  E-Mail

## Beruf des Mitgliedes / Anschrift des Arbeitgebers

Beruf

Arbeitgeber  Telefon

Straße – Hausnummer  PLZ/Wohnort

## Versicherungsverhältnis

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> ich bin Mitglied einer <b>gesetzlichen Krankenkasse</b> | <input type="radio"/> ich bin <b>privat versichert</b>   |
| <input type="radio"/> ich bin <b>pflichtversichert</b>                        | <input type="radio"/> ich bin <b>beihilfeberechtigt</b>  |
| <input type="radio"/> ich bin <b>freiwillig versichert</b>                    | <input type="radio"/> ich bin versichert nach <b>§5a GOZ (Standardtarif)</b>                         |
| <input type="radio"/> ich wünsche <b>Privatbehandlung</b>                     | <input type="radio"/> ich bin versichert nach <b>GKV-WSG (Basistarif, erweiterter Standardtarif)</b> |
| <input type="radio"/> ich habe eine <b>private Zusatzversicherung</b>         |  |
| Name / Ort der Krankenkasse <input type="text"/>                              | Name / Ort der Privatversicherung <input type="text"/>   |

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie einen Röntgenpass?                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie einen Allergie-, Medikamentenpass?   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Alter des Kindes (Monate):

Befindet sich Ihr Kind zu Zeit in 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? _____		
Leidet es an Allergien (z.B: Jod, Latex), Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen und Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leidet es an Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Erkrankungen? _____		
Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?		
<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> 1 x täglich <input type="checkbox"/> 2 – 3 x täglich		
2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?		
<input type="checkbox"/> gar keine <input type="checkbox"/> fluoridfreie <input type="checkbox"/> Kinderzahnpasta (500ppm Fluorid) <input type="checkbox"/> Erwachsenenzahnpasta (>1000ppm Fluorid)		
3. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?		
<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Eltern und Kind		
4. Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?		
<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> vor den Mahlzeiten <input type="checkbox"/> nach den Mahlzeiten		
5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?		
<input type="checkbox"/> Handzahnbürste <input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste		
6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Wird/ Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, woraus? <input type="checkbox"/> Tasse/Becher mit Trinkaufsatz <input type="checkbox"/> offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz		
10. Bekommt Ihr Kind nachts etwas zu trinken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie? <input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Flasche <input type="checkbox"/> Becher mit Trinkaufsatz <input type="checkbox"/> andere: _____		
11. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche? <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> ungesüßter Tee <input type="checkbox"/> Apfelsaft <input type="checkbox"/> Eistee		
12. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/ Becher? _____		
13. Bekommt Ihr Kind schon Breikost?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14. Welche Schnuller-/ Daumenlutschgewohnheiten hat es?		
Es schnullert/ lutscht am Daumen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> tags, wenn es müde ist		
<input type="checkbox"/> häufig zur Beruhigung <input type="checkbox"/> immer zum Einschlafen		
15. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann? _____ Warum? _____		
16. Für welche Beschäftigung hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher) _____		
17 In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem Kind (zB. Mutter)? _____		
18. Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19. Gehen Sie regelmäßig zu Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die **Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Anästhesie** eingeschränkt ist.

Wir bitten Sie, uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustands** unverzüglich mitzuteilen.

Hat die Patientin/der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig.

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die geplante, nicht erbrachte Leistung gem. §615 Abs. 1 BGB in Rechnung gestellt werden muss.**

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

Datum:

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (**DSGVO**) ein. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Datum:

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_