

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!



LIEBLINGS
ZAHNARZT

LIEBE ELTERN!

Wir freuen uns sehr, Sie mit Ihrem Kind bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Dr. Christin Steinbach und Kolleginnen

PERSÖNLICHE DATEN IHRES KINDES

Name / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße/ Nr.	PLZ / Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	
E-Mail		
Ihr Haus- / Kinderarzt (Name / Adresse / Telefon)		
Terminreminderung: <input type="radio"/> SMS <input type="radio"/> E-Mail <input type="radio"/> Postkarte <input type="radio"/> Telefon		

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Beihilfeberechtigt Privat versichert Zusatzversicherung

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name / Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ / Ort

Warum suchen Sie uns mit Ihrem Kind auf? Wünschen Sie eine ...

- Routinekontrolle
- Beratung
- „zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung
- andere Gründe:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung:

- Überweisender Arzt:

- Internet Anzeige Jameda Homepage
- Sonstiges



ALLGEMEINE GESUNDHEIT IHRES KINDES

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Herzerkrankungen

Wenn ja, welche:

- Herzklappenersatz
- Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
- Blutgerinnungsstörung
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Typ I oder II)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)
- Nierenfunktionsstörungen
- Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
- Epilepsie
- Tumorerkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankung
- Allergien
- Wenn ja, welche:

- Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?

Medikamente – Welche Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein?

- Unverträglichkeit gegen Medikamente
wenn ja, welche:

- Unverträglichkeit gegen Spritzen

MUNDGESUNDHEIT

Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal im Mund-, Zahn- oder Kieferbereich geröntgt?

- Knirscht oder reibt Ihr Kind mit den Zähnen?
- Hat Ihr Kind manchmal Zahnfleischbluten?

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

LIEBLINGS... WAS MAG IHR KIND BESONDERS GERN?

Bester Freund

Lieblingsfarbe

Lieblingstier

Lieblingssportart

Lieblingssessen

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten