

Anamnesebogen für Kinder

Patient: Name: Vorname: Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Straße: PLZ/Wohnort:

Telefon: Email:

Versicherter-Name: Vorname: Geb.-Datum:

Krankenkasse:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Grund des heutigen Zahnarztbesuches?

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? Ja O Nein O

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja O Nein O

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? Ja O Nein O

Hatte Ihr Kind einen Unfall o. eine Operation (z.B. im Mund.- Kieferbereich) Ja O Nein O

Ist o. war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja O Nein O

Wenn ja, Name des Kieferorthopäden(in):.....

Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen: Ja O Nein O

Asthma: Ja O Nein O

Lungenerkrankungen: Ja O Nein O

Schildrüsenerkrankungen: Ja O Nein O

Rheuma: Ja O Nein O

Epilepsie: Ja O Nein O

Diabetes: Ja O Nein O

Nierenerkrankungen: Ja O Nein O

Magen-Darm-Erkrankungen: Ja O Nein O

Ohnmachtsneigung: Ja O Nein O

bitte Rückseite auch ausfüllen, danke

Herzerkrankungen: Ja O Nein O
Herzoperationen: Ja O Nein O
Genetische Erkrankungen: Ja O Nein O
Geistige Erkrankungen: Ja O Nein O
regelmäßige Medikamente, wenn ja, welche: Ja O Nein O

Allergien / Unverträglichkeiten: Ja O Nein O

wenn ja, welche? _____

Infektionserkrankungen:

wie z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose? Ja O Nein O

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung, wenn ja bitte Kinderarzt: Name, Adresse, Telefonnummer:

Wurde Ihr Kind gestillt: wenn ja, wie lange Ja O Nein O
Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken: wenn ja, wie lange: Ja O Nein O
Isst Ihr Kind viel Süßes, oder trinkt süße Getränke: Ja O Nein O
Wie werden die Zähne geputzt? alleine O, mit Hilfe der Eltern O, von den Eltern O
Handzahnbürste O elektrische Zahnbürste O Zahnpasta m. Fluor O ohne Fluor O
Nimmt Ihr Kind zusätzlich Fluoride zu sich? Ja O Nein O

Möchten Sie regelmäßig an den Vorsorgetermin für Ihr Kind erinnert werden?

Ja O Nein O

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung der persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Vereinbarte Termine, die ich Wahrnehmen kann, werde ich mind. 24 Std. vor Behandlungsbeginn absagen, sollte ich meine Termine ohne Mitteilung versäumen, können mir die Ausfallzeiten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Anamnesebogen gelesen und verstanden habe.

Bensheim, den,

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigter

