

Anamnesebogen

Kind

Name _____ Vorname _____

geboren am _____ weiblich männlich

Erziehungsberechtigter

 Mutter Vater beide

Name der Krankenkasse

 _____ beihilfeberechtigt zusätzlich versichert
 freiwillig versichert

Beruf der Eltern

Mutter _____ Vater _____

Mutter

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift

Straße/Nr. _____

PLZ _____ Ort _____ E-Mail _____

Telefon

tagsüber erreichbar _____ mobil _____

Vater

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift

Straße/Nr. _____

PLZ _____ Ort _____ E-Mail _____

Telefon

tagsüber erreichbar _____ mobil _____

Hauptversicherter

 Mutter Vater

Kinderarzt

Name/Ort _____

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgende Krankheiten?

Asthma ja nein Tumore ja neinChronische Bronchitis ja nein Blutgerinnungsstörungen ja neinHerzerkrankungen ja nein Epilepsie (Krampfanfälle) ja neinNierenerkrankungen ja nein Hör- und Sehprobleme ja neinDiabetes (Zuckerkrankheit) ja nein Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis, TBC ja neinGenetische Erkrankungen ja nein Vitamin B12-Mangel ja neinLernschwäche/AD(H)S ja nein

sonstige Krankheiten _____

Nachgewiesene Allergien _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ja _____

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft bzw. bei der Geburt?

 nein ja _____Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? ja nein

Bitte wenden!

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

- positiv neutral ängstlich erster Zahnarztbesuch

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? nein ja, bei _____

Was ist der Grund des heutigen Besuches? _____

Gab es bei den vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, dass Ihr Kind gestört hat ?

Name der vorherigen Zahnarztpraxis _____

Bekommt Ihr Kind Fluoride? Wenn ja, in welcher Form? _____

Besteht Interesse an:

- individuellen Prophylaxemassnahmen (Ernährungsberatung, Putzschule, Intensivprophylaxe) ja
Lachgas Sedierung ja
Unserem kostenlosen Erinnerungsservice? ja

Ihr Kind geht in: eine Krabbelgruppe den Kindergarten die Schule Tagesmutter

Lieblingsbuch -film -serie _____ Hobbies _____

Lieblingsessen _____ Lieblingsgetränk _____

Lieblingsfarbe _____ Lieblingstier _____

Lieblingskuscheltier (bitte mitbringen, wenn Ihr Kind das möchte!) _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Dokumentation und praxisinterner Qualitätssicherung Fotoaufnahmen angefertigt werden. Diese Bilder unterliegen ebenso wie die übrigen Behandlungsdaten der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich versichere jede relevante Veränderung meiner Angaben vor weiteren Behandlungen mitzuteilen.
Ich habe die Informationen gelesen und bin damit einverstanden.

Datum

Unterschrift



Vielen Dank für Ihre Angaben!
Ihr Team der Kinderzahnarztpraxis