

ANAMNESEBOGEN

Patient Kind Name _____ Vorname _____ geb. (+Ort) _____

Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift PLZ _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Tel. _____

E-mail Adresse _____ Mobil _____

Kinderarzt _____

Name der Krankenkasse/Privatkasse _____

Beihilfeberechtigt zusatzversichert freiwillig versichert

ALLGEMEINE SITUATION

	Ja / Nein	
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche? _____

Allergien? Wenn ja, welche? _____

ZAHN-MUND-SITUATION

War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Ist ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Was ist der Grund des heutigen Besuchs?

Besondere Wünsche ihres Kindes gegenüber dem Zahnarzt?

Welche Einstellung hat ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind wichtig und müssen in ihrem Bonusheft nachgewiesen werden; möchten sie als Service von uns regelmäßig erinnert werden? Email Brief

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass sie unsere Praxis aufsuchen?

Bitte erscheinen sie möglichst 15 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit ihr Kind Zeit hat sich zu akklimatisieren.
Wir hoffen, dass sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)