

ANAMNESEBOGEN für unsere kleinen Patienten.

Name des Kindes
 Name Vorname geb.

Mitglied
 Name Vorname geb.

Anschrift
 Straße / Hausnummer PLZ / Ort

.....
 Telefonnummer Email

Erziehungsberechtigter
 Name Vorname geb.

Vater Mutter sonstige

Versicherung /
 Krankenkasse
 pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert
 Beihilfeberechtigt privat zusatzversichert

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wünschen Sie die Teilnahme an unserem Recall? ja nein

ALLGEMEINE HINWEISE

Wir sind immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Geschieht dies nicht rechtzeitig, kann der Termin in Rechnung gestellt werden. Die Vergütung beträgt pro Stunde 90 € (Ausfallentgelt gem. §§301,611,615 BGB, c).

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Datum Unterschrift
 Erziehungsberechtigte/r

ANAMNESEBOGEN für unsere kleinen Patienten.

Haben Sie bei Ihrem Kind folgende Krankheiten / Symptome festgestellt? Wenn ja, welche?

1. Probleme beim Hören oder Taubheit? ja nein
2. Probleme beim Sprechen? ja nein
3. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten ja nein
4. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?
5. Veränderte Muskeltonus oder spastische Anfälle? ja nein
6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten? ja nein
7. Erkrankungen der Leber oder Niere? ja nein
8. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)? Welche? ja nein

.....

9. Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung? ja nein
10. Herzerkrankungen,-fehler oder -geräusche? ja nein
11. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen? ja nein
12. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche? ja nein

.....

13. Reagiert Ihr Kind allergisch? Wenn ja, auf was? ja nein

.....

14. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

.....

15. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? ja nein
16. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt? ja nein

17. Name des Kinderarztes

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Datum Unterschrift
Erziehungsberechtigte/r

ANAMNESEBOGEN für unsere kleinen Patienten.

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

1. Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen? ja nein
2. Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall,
bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurde? ja nein
3. War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Wenn ja, wann und bei wem? ja nein
.....
4. Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? ja nein
5. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja nein
6. Was ist der Grund für den heutigen Besuch? ja nein
.....

ERNÄHRUNG

1. Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? ja nein
2. Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich?
3. Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten? ja nein
4. Benutzt ihr Kind: Fluoridhaltige Zahnpasta
 Fluoridhaltiges Speisesalz
 Fluoridtabletten (Zymafluor)
5. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Datum Unterschrift
Erziehungsberechtigte/r