



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 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 2. Probleme beim Sprechen? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 3. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 4. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 5. Veränderte Muskeltonus oder spastische Anfälle? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 7. Erkrankungen der Leber oder Niere? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 8. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)? Welche? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |

.....

- | | |
|---|---|
| 9. Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 10. Herzerkrankungen,-fehler oder -geräusche? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 11. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 12. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |

.....

- | | |
|---|---|
| 13. Reagiert Ihr Kind allergisch? Wenn ja, auf was? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
|---|---|

.....

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

.....

- | | |
|--|---|
| 15. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 16. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |

- | |
|---------------------------------|
| 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