

	Kinderanamnesebogen	
--	----------------------------	--

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Handy: _____

Bei Familienversicherten (z.B. Kindern) benötigen wir noch folgende Angaben des Mitgliedes:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Handy: _____

Wir bitten Sie, Termine pünktlich einzuhalten, andernfalls diese so frühzeitig wie möglich, spätestens jedoch 24 Stunden vorher, abzusagen. Für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine wird ein Ausfallhonorar in Höhe von ca. 75,00 € in Rechnung gestellt.

X _____ X _____
Ort, Datum Unterschrift des 1. Erziehungsberechtigten/ Sorgeberechtigten
X _____ X _____
Ort, Datum Unterschrift des 2. Erziehungsberechtigten/ Sorgeberechtigten

Leidet Ihr Kind an: (bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Ansteckenden Krankheiten? Infektionskrankheiten?
Wenn ja, welche..... | ja | nein |
| 2. Herzkrankheiten? Operationen am Herzen? | ja | nein |
| 3. Allergien?
Wenn ja, welche..... | ja | nein |
| 4. Blutungsneigung (Blutkrankheit)? | ja | nein |
| 5. Zuckerkrankheit? | ja | nein |
| 6. Herz,- Kreislaufbeschwerden? | ja | nein |
| 7. Hatte Ihr Kind schon einmal einen epileptischen Anfall? | ja | nein |
| 8. Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?
Arzt:..... Tel.:..... | ja | nein |
| 9. Nimmt Ihr Kind Medikamente?
Wenn ja, welche?..... | ja | nein |
| 10. Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? | ja | nein |

Prophylaxe:

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne von allen Seiten
min. 2x täglich? | ja | nein |
| 2. Putzt Ihr Kind seine Zähne schon selbstständig? | ja | nein |
| 3. Verwenden Sie fluoridhaltige Zahnpasta? | ja | nein |
| 4. Verwenden Sie regelmäßig zusätzliche Fluoride
(Gele, Spülungen,...)? | ja | nein |
| 5. Kochen Sie mit fluoridiertem Kochsalz? | ja | nein |
| 6. Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? | ja | nein |
| 7. Nimmt Ihr Kind zuckerhaltige Speisen und Getränke, nach dem
abendlichen Zähneputzen, zu sich? | ja | nein |
| 8. Willigen Sie in Fluoridierungsmaßnahmen ein? | ja | nein |

Kostenloser Erinnerungsservice

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt, Ihre Zähne von Anfang an gesund zu erhalten. Daher bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service für Kontroll- und Prophylaxe Termine an. Möchten Sie sich für unseren kostenlosen Erinnerungsservice vormerken lassen?	☐ ja	☐ nein
--	--------------------------	----------------------------

X _____
Ort, Datum

X _____
Unterschrift des 1. Erziehungsberechtigten/ Sorgeberechtigten

X _____
Ort, Datum

X _____
Unterschrift des 2. Erziehungsberechtigten/ Sorgeberechtigten