

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

Patient

Name: _____ Geb. am: _____

Vorname: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

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

Name: _____ Geb. am: _____

Vorname: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____ Beruf: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Versicherung

Name: _____ Ort: _____

☐ gesetzlich ☐ freiwillig ☐ privat ☐ PKV-Standardtarif ☐ Beihilfe

Besteht eine Zusatzversicherung? ☐ nein ☐ ja Welche: _____

Hat der Patient einen Pflegegrad ☐ ja ☐ nein

Ist die elektronischen Patientenakte gewünscht? ☐ 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

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? ja nein

Wenn ja, welche.....

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? ja nein

Arzt:..... Tel.:.....

9. Nimmt Ihr Kind Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?.....

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,o.ä.)? 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

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

X _____
Ort, Datum

X _____
Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten