



Anamnesebogen Kinder/Jugendliche (Erziehungsberechtigte)

Patient Name _____ Geb. _____
Straße/Ort _____
Telefon _____ Mobil _____
E-Mail _____ Krankenkasse _____

Beihilfeberechtigt zusätzlich Versichert freiwillig Versichert

Kinderarzt Name _____
Straße/Ort _____
Telefon _____

Erziehungsberechtigte Vater _____ Mutter _____ Beide
Evtl. abweichende Anschrift Eltern _____

ALLGEMEINE SITUATION

Ja | nein

Hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten:

Asthma, Atemnot |

Herzerkrankungen |

Erbliche Erkrankungen |

Tumore |

Blutgerinnung Störungen |

Diabetes (Zuckerkrankheit) |

Epilepsie (Krampfanfälle) |

Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV) |

Allergien) Wenn ja, welche? |

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? |

Wenn ja, welche _____

ZAHN-MUND-SITUATION

Ja | nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? |

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer
Behandlung? |

Was ist der Grund des heutigen Besuches?

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem
Zahnarzt? _____

Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt?

Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, Sie
Halbjährlich an die Vorsorge zu erinnern?
 |

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

BITTE BEACHTEN SIE DIE FOLGENDEN DINGE, DIE ZU EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG BEITRAGEN:

Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitgehend zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen. VIELEN DANK!

Datum

Unterschrift

