

ANAMNESEBOGEN

ALLGEMEINE ANGABEN

Patient Kind Name _____ Vorname _____

geboren am _____ Ort _____ männlich weiblich

Erziehungsberechtigter Mutter Vater beide

Kind ist versichert über Name _____ Vorname _____

geboren am _____ männlich weiblich

Anschrift Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/ Nr. _____

Telefon tagsüber erreichbar unter _____ mobil _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____ beihilfeberechtigt zusätzlich versichert

freiwillig versichert

Name des Kinderarztes _____

Anschrift des Kinderarztes Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/ Nr. _____

ALLGEMEINE SITUATION

Hat oder hatte ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

	ja	nein		ja	nein
Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hör- und Sehprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionen z. B. Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarcht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein Wenn ja, welche? _____

ZAHN-MUND-SITUATION

Was ist der Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches? _____

ja **nein**

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Name des Kieferorthopäden: _____

Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung durch: Herrn / Frau _____

Internet, eventuell Google Doxter Arzttermine.de Jameda

Telefonbuch Gelbe-Seiten Ihre Krankenkasse

Sonstiges: _____

Bitte beachten Sie die folgenden Dinge, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen:

- Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um uns eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
- Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“ etc.

Vielen Dank!

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Datum

Unterschrift (des/der Erziehungsberechtigten)