

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER



Praxis Dr. med. dent.
Dörthe Fischer

Kleine Zähne – großes Lachen.

Liebe Eltern!

Wir freuen uns sehr, Sie mit Ihrem Kind bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE DATEN IHRES KINDES

Name / Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße/ Nr.

PLZ / Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

Terminreminderung per:

SMS

E-Mail

Postkarte

Telefon

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Beihilfeberechtigt

Privat versichert

Zusatzversicherung

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name / Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße/ Nr.

PLZ / Ort

PRAXISBESUCH

Warum suchen Sie uns mit Ihrem Kind auf?

Routinekontrolle

Beratung

„zweite Meinung“

Schmerzbehandlung

andere Gründe:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung *

Überweisender Arzt *

Homepage / Internet

Anzeige

* Wer genau:



Bitte wenden

• • • •

ALLGEMEINE FRAGEN ZUR GESUNDHEIT IHRES KINDES

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Herzerkrankungen / Wenn ja, welche:

.....

Herzklappenersatz

Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?

Blutgerinnungsstörung

Schilddrüsenerkrankung

Diabetes (Typ I oder II)

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)

Nierenfunktionsstörungen

Infektiöse Erkrankungen (HIV, HEP, TBC)

Epilepsie

Tumorerkrankungen

Magen-Darm-Erkrankung

Allergien / Wenn ja, welche:

.....

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?

NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

Welche Medikamente sind das aktuell?

.....

.....

.....

MUNDGESUNDHEIT

Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal im
Mund-, Zahn- oder Kieferbereich geröntgt?

.....

Knirscht oder reibt Ihr Kind mit den Zähnen?

Hat Ihr Kind manchmal Zahnfleischbluten?

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

.....

LIEBLINGS...

Was mag Ihr Kind besonders gern?

Bester Freund

.....
Lieblingsfarbe

.....
Lieblingstier

.....
Lieblingssportart

.....
Lieblingessen

.....

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben und erklären sich damit einverstanden, dass Frau Dr. Dörthe Fischer als Rechtsnachfolgerin von Frau Dr. Beatrice Puiu auf Patientendaten (sofern vorhanden) zugreifen darf. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
Ort

Datum

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten