



Kinderanamnese- und Beratungsbogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Ihrem Kind eine bestmögliche und individuelle Behandlung ermöglichen. Dabei ist Ihre Mithilfe notwendig. Bitte füllen Sie nachfolgenden Bogen sorgfältig aus, gern helfen wir Ihnen bei der Beantwortung der Fragen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht!

Angaben zum Kind

Name / Vorname _____
Geburtstag _____
Straße / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Tel. privat _____
Krankenkasse _____
Kinderarzt _____



Erster Besuch beim Zahnarzt?

Ja Nein

Grund Ihres Besuches

Hat Ihr Kind Beschwerden?

Ja Nein

Welche: _____

Hat Ihr Kind Angst?

Ja Nein

Hat/hatte Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen?

Gelbsucht Herzerkrankungen/-fehler Lunge/ Asthma
Diabetes Nierenerkrankungen Krampfanfälle
ADHS/ADS Angstzustände Blutgerinnungsstörung

Allergien?

Ja Nein Allergiepaß

Welche: _____

Medikamenteneinnahme:

Ja Nein

Welche: _____

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

Kieferorthopädische Behandlung:

Ja Nein Bei wem: _____

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?

Ja Nein

Welche: Daumen/Finger Schnuller

Sonstiges: _____

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?

Ja Nein Wie oft: _____

Ernährung/Essgewohnheiten

Überwiegend süß Obst gemischt

Fast food Isst wenig viel

Fruchtsäfte Limonaden Mineralwasser

Tee gesüßt ungesüßt

Lieblingssessen: _____

Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnern?

Ja Nein

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Datum

Unterschrift



Anmeldebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Das ist sehr wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer, PLZ, Ort		
Telefon / Mobil	E-Mail	
Krankenkasse oder Versicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung
Beruf		

Mitglied/Zahlungspflichtiger (nur ausfüllen, wenn abweichend von „Patient“)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer, PLZ, Ort		
Telefon / Mobil	E-Mail	
Krankenkasse oder Versicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung
Beruf		

Grund Ihres Besuches

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellung | <input type="checkbox"/> Aussehen der Zähne |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Wunsch nach neuem Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |