

Anamnese Kinder

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Medizinische Anamnese

Hat Ihr Kind:	Ja	Nein
Herzerkrankungen, -fehler, oder -geräusche? Herzpass seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Leber- oder Nieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachgewiesene Allergien:		
Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epileptische Anfälle oder starke Fieberkrämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Hören oder Taubheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Betreuung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnmedizinische Anamnese

	Ja	Nein
War ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Wenn Ja, wann und bei wem war die Behandlung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verletzt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägt Ihr Kind eine Spange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lutsch Ihr Kind Schnuller oder Daumen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ist der Grund für den heutigen Besuch?		

Ernährungsgewohnheiten

	Ja	Nein
Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken? Bis zu welchem Alter? Wann? morgens..... abends..... nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich?.....		
Wie häufig nimmt Ihr Kind Süßigkeiten zu sich?.....		
Benutzt Ihr Kind: Fluoridhaltige Zahnpasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoridtabletten (Zymafluor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft putzt Ihr Kind bzw. putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?.....		

Bitte wenden =>

Bitte beachten Sie:

- Bitte haben Sie Verständnis, dass nach zwei unentschuligten, nicht wahrgenommenen Terminen keine weitere Termine vergeben werden, nur noch für Schmerzbehandlungen und Notfälle.
- Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von 14 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor, eine Privatrechnung über erbrachte Leistungen zu stellen.
- Routinemäßig fluoridieren wir nach Versiegelungen und im Rahmen der Individualprophylaxe, wenn Sie dies nicht wünschen, weisen Sie uns darauf hin.
- Ich bin davon unterrichtet worden, dass Injektionen in seltenen Fällen zu Herz-Kreislaufproblemen führen können.
- **Für beihilfeberechtigte Patienten:** Wir rechnen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte ab. Diese entspricht in wenigen Ausnahmefällen nicht der Beihilfefähigkeit.

Datum

Unterschrift

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Patientenanmeldung

Name des Kindes (Vor- und Nachname):

Geburtsdatum:

Adresse:

Name der Mutter (Vor- und Nachname):

Geburtsdatum:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich/ mobil:

Name des Vaters (Vor- und Nachname):

Geburtsdatum:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich/ mobil:

Erziehungsberechtigte/r:

Mutter:

Vater:

Sonstige:

Wie ist das Kind versichert:

gesetzlich:

pflichtversichert:

freiwillig versichert:

Privatversichert:

Beihilfeberechtigt:

Tarifgruppe:

Name der Krankenkasse/Versicherungsträger:

Bei wem ist ihr Kind mitversichert?

Name und Adresse Ihres Kinderarztes:

Überwiesen von:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Datum

Unterschrift