



# ZAHNZENTRUM MOSBACH

Dr. Fischer & Kollegen

## ANAMNESEBOGEN für Kinder (*bis 16 Jahre*)

Liebe Eltern,

wir freuen uns sehr, Ihr Kind und Sie bei uns in der Praxis zu begrüßen. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrem Kind auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliche Angaben:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon (Handy und/oder Festnetz)

**Familienversichert bei (versicherter Elternteil):**

Mutter

Vater

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

*Falls die Wohnadresse von der oben genannten Adresse abweicht, dann bitte auch:*

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

Krankenkasse / private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert:       ja    nein

Zusatzversicherung:       ja    nein

privat versichert:       ja    nein

beihilfeberechtigt:       ja    nein

### Hinweise zur Organisation:

Wir sind eine Bestellpraxis. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, rechtzeitig (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 anbieten, Ausfallzeiten dürfen und können Ihnen nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.

Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen 

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.*



# ZAHNZENTRUM MOSBACH

Dr. Fischer & Kollegen

## Name des Kinderarztes:

Name

Ort der Praxis / Praxisstandort

## Möchten Sie regelmäßig an die nächste Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes erinnert werden?

Ja und zwar gerne per ...  E-Mail  SMS  Post

*Wichtig ist, dass die E-Mail-Adresse und / oder Handynummer auf Seite 1 angegeben werden!*

## Allgemeine Gesundheitsfragen:

Gelbsucht  ja  nein Infektionskrankheiten  ja  nein

Krampfanfälle  ja  nein Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein

Blutgerinnungsstörungen  ja  nein Allergien  ja  nein

Diabetes  ja  nein

*Wenn ja, welche:* \_\_\_\_\_

Herz-/Kreislaufkrankungen  ja  nein

Lungenerkrankungen / Asthma  ja  nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  ja  nein

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

*Wenn ja, welche:* \_\_\_\_\_

## Mundgesundheitsfragen:

„Einige Zähne sind ein wenig schief gewachsen: ist eine kieferorthopädische Behandlung erforderlich?“

*Falls bereits in Behandlung: Name des Kieferorthopäden:* \_\_\_\_\_

„Unsere regelmäßige Zahnpflege ist sehr umfangreich: Muss ich etwas besonders beachten?“

Zähneputzen:  alleine  Nachreinigung/Kontrolle durch Mutter/Vater

Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

Zwischenraumpflege:  ja, täglich  ja, gelegentlich  nein

Zahnseide  Bürstchen  Sticks/Picks

Regelmäßige Prophylaxe  ja, halbjährlich  ja, gelegentlich  nein

„Ich/wir habe/haben noch ein besonderes Anliegen:“

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.*