



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.