

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Patient Name: Vorname:

Geburtsdatum: Junge Mädchen

Versicherter Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon: Handy:

Anschrift:

Beruf/Arbeitgeber: Krankenkasse:

Kinderarzt: Adresse:

Kieferorthopäde: Adresse:

Grund des Besuchs:

War Ihr Kind schon in zahnärztlicher Behandlung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind sehr ängstlich?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind „Löcher“ in den Zähnen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wünschen Sie eine Behandlung unter Vollnarkose?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind bereits in Vollnarkose zahnbehandelt worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Es besteht eine Erkrankung meines Kindes der folgenden Art:		
Herz-Kreislaufkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allergien:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen:		

Gibt es sonstige Besonderheiten, die wichtig sind (z.B. Lern-, Seh- oder Hörschwäche, ADS)?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

Welche:

Mein Kind besucht den Kindergarten die Schule Klasse:

Wie haben Sie unsere Praxis gefunden?

Zahnarzt/Überweiser Gelbe Seiten Flyer Internet Bekannte

Ihre Angaben werden von uns gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

.....
 Datum

.....
 Unterschrift