

Anmeldebogen mit Anamnese

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Familienzahnarztpraxis.

Bevor wir uns in Ruhe über die Zähne ihres Kindes unterhalten, ist es uns wichtig vorab ein paar Informationen über Ihr Kind zu erhalten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte lesen Sie sich die Fragen sorgfältig durch und kreuzen Zutreffendes entsprechend an. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gern zur Verfügung!

Patientenanmeldung Ihres Kindes:

Vorname / Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versicherungsnehmer/ Rechnungsempfänger _____

Geburtsdatum des Rechnungsempfängers: _____

Adresse des Rechnungsempfängers: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Krankenversicherung:

Gesetzlich:

Privat:

Beihilfeberechtigt:

Medizinische Anamnese:

Hat ihr Kind

ja nein

- Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen erhalten? (Impfpass)
- Asthma oder Lungenerkrankungen/ Atmungsschwierigkeiten?
- Allergien?
- Infektionskrankheiten (Tuberkulose/Hepatitis/HIV)?
- Blutkrankheiten oder verlängerte Blutungsdauer?
- Kreislaufbeschwerden/ Ohnmachtsanfälle?
- Herzfehler oder andere Herzerkrankungen? (Herzpass?)
- Nieren- oder Lebererkrankungen?
- Arzneimittelunverträglichkeiten/Allergien? (z.B. Penicillin)
- Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?
- Sprachprobleme/ Lernschwäche?
- Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?
- Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?
- Spastik oder veränderter Muskeltonus?
- Blindheit oder Sehschwäche?
- Hörprobleme/ Taubheit?
- Sonstige angeborene Krankheiten?
- Hatte Ihr Kind bereits einen Krankenhausaufenthalt?(außer Geburt)
- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

Wenn ja, welche:

Name des behandelnden Kinderarztes:

Befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Betreuung?

bitte wenden

Zahnmedizinische Anamnese:

Ja nein

- War ihr Kind bereits beim Zahnarzt?
- Hatte / Hat ihr Kind Zahnschmerzen?
- Hat Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?
- Hat Ihr Kind von unangenehmen Zahnarztbesuchen aus dem Familien- oder Bekanntenkreis gehört?
- Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Mund oder Gesichtsbereich?

Ernährungsgewohnheit/Fluoridnutzung:

Ja nein

- Ist Ihr Kind gestillt worden?

Wenn ja wie lange?

-
- Benutzt Ihr Kind den Schnuller oder Daumen?
 - Benutzt Ihr Kind Nuckelflaschen?

Wenn ja was ist in der Nuckelflasche?

Welche Süßigkeiten isst Ihr Kind am häufigsten?

Welche Getränke geben Sie Ihrem Kind täglich?

Ja nein

- Nimmt Ihr Kind Fluoridtabletten ein?
- Benutzt Ihr Kind fluoridierte Zahnpasta?
- Benutzt Ihr Kind Elmex Gelee? (ab 6 Jahren)
- Wird bei der Zahnreinigung Zahnseide verwendet?

Lindenberg, den

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Haben Sie Interesse an unserem Terminerinnerungssystem (Vorsorge-Recall)? Ja/nein

ausschließlich per E-Mail

Wenn Sie an unserem Recallsystem teilnehmen wollen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass Praxis Schwarzkopf Ihre E-Mail für diesen Zweck speichert.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (praxis@schwarzkopf-zahnaerzte.de) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Lindenberg

Unterschrift Erziehungsberechtigter