

Anmeldebogen mit Anamnese

10. Januar 2020

Name (Patient/in): _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Krankenkasse: _____

Angaben zum Versicherten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Adresse: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Befindet sich Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja / nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Leidet es an Allergien (z.B. Jod, Latex) ?

Leidet Ihr Kind an Asthma oder Heuschnupfen?

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? ja / nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung ? ja / nein

Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? ja / nein

Hat Ihr Kind die Zuckerkrankheit (Diabetes) oder eine Schilddrüsenerkrankung? ja / nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen) ? ja / nein

Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC) ? ja / nein

Andere Erkrankungen? _____

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt ? ja / nein

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? _gar nicht _manchmal _1x täglich _2-3 x täglich?

Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind ? _Eltern _Kind _Eltern und Kind

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

_gar keine _fluoridfreie _Kinderzahnpasta _Erwachsenenzahnpasta
(500 ppm Fluorid) (über 1000 ppm Fluorid)

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja / nein

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja / nein

Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja / nein

Wenn ja, wann? _____ warum? _____

Möchten Sie unseren Erinnerungsservice für die jährliche Kontrolle/ Prophylaxebehandlung in Anspruch nehmen?

Per SMS? Mobilnummer: _____ oder per Post?

ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

**Liebe Patienten, sollten Sie Termine bei uns nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte rechtzeitig (24 Stunden vorher) bescheid! Andernfalls müssen wir versäumte Termine in Rechnung stellen.
Vielen Dank für Ihr Verständnis!**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift