



**Zahnarztpraxis
Christian Georg Hoppe**
Am Pflingstanger 1 - 31832 Springe / Eldagsen
Telefon: 05044/ 882230 - Telefax: 05044/ 882286

Anmeldebogen mit Anamnese

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