

## **Anamnesebogen**

Kinder

Sehr geehrte Eltern,

Sie kommen mit Ihrem Kind zur Behandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird.

Das bedeutet in der Regel für sie nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

.....  
**Nachname, Vorname des Kindes**      **geb.**      **Geschlecht:  männlich    weiblich**

.....  
**Versicherter (Nachname, Vorname, geb.)**

**Vater**

**Mutter**

.....  
**Straße, Hausnummer**

**Postleitzahl, Ort**

.....  
**Telefon (privat)**

**Telefon (mobil)**

**E-Mail**

.....  
**Name der Krankenkasse / Versicherung**

   Gesetzlich versichert

   Privat versichert

   Kostenerstattung

   Beihilfeberechtigt

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Was ist der Grund Ihres Besuches?**

.....  
**Bitte füllen Sie folgende Fragen aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkungen auf unterschiedliche Krankheiten haben können! Herzlichen Dank!**

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?       ja       nein      Wie oft täglich?.....

Welche Lutschgewohnheiten hat / hatte Ihr Kind?

Daumen, Finger

Schnuller

sonstiges wie Beißring, Trinkfläschen od. ä.

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

ja

nein

Wenn ja, bei wem? .....

War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung?

ja

nein

Hat Ihr Kind Allergien? (Allergiepass, bitte vorlegen!)

ja

nein

Welche?: .....

Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung?

ja

nein

.....  
**Kinderarzt – Name, Adresse, Telefon**

Hatte oder hat Ihr Kind folgende Krankheiten?

Gelbsucht     Herzfehler/krankheit     Lunge / Asthma

Sonstige: .....

.....  
**Interessieren Sie sich für folgende Leistungen, auch wenn diese von der gesetzlichen Krankenkasse evtl. nicht übernommen werden?**

   Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne

ja

nein

   Zusätzliche Vorsorgemaßnahmen (Professionelle Zahnreinigung)

ja

nein

   Ernährungsberatung

ja

nein

   Hochwertige Füllungen (kein Amalgam)

ja

nein

Dürfen wir Sie an die Vorsorgetermine erinnern?

ja

nein

Erwünschte Erinnerung:

per Post

per Telefon

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift Erziehungsberechtigter/ Betreuer**