

ANAMNESEBOGEN KINDER

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____ geb. am: _____

Strasse / Nr.: _____ Geburtsort: _____

PLZ / Ort: _____ Telefon: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bei einer gesetzlichen Kasse bitte angeben:

Pflichtversichert ja nein Freiwillig versichert ja nein private Zusatzversicherung ja nein

Haben Sie Kostenerstattung gewählt? ja nein

Bei einer Privatversicherung bitte angeben:

Standardtarif ja nein Basistarif ja nein

Versichertendaten

Rechnung an Patienten oder Versicherten: Patient Versicherten

Name des Versicherten: _____ geb. am: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Wer ist der Kinderarzt Ihres Kindes: _____

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes ja nein

Anmerkung: _____

Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Allergiepass? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Bei wem? _____

Warum? _____

Hat Ihr Kind Einschränkungen d. Sehkraft/d. Gehörs? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Herzerkrankung/Herzfehler ja nein Diabetes ja nein

ADHS / ADS ja nein Nierenerkrankung ja nein

Gelbsucht ja nein Angstzustände ja nein

Lunge / Asthma ja nein Blutgerinnungsstörung ja nein

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja nein

Wenn ja, welche (z. B. Daumen)? _____

Schnuller? ja nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja nein

Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten? _____

Beratungswunsch

Vorsorge zum langjährigen Erhalt der Zähne/Prophylaxe ja nein

Ernährungsberatung ja nein

Eigene Fragen Wünsche: _____

Grund Ihres Besuchs

Erster Besuch beim Zahnarzt ja nein

Hat Ihr Kind Angst ja nein

Hin und wieder kommt es vor, dass wir Daten (per Fax und E-Mail) an betreffende Stellen versenden. Ich bin damit einverstanden, dass bevorzuegender Notwendigkeit Daten auf diesem Wege uebermittelt werden.

Hinweis in eigener Sache: wir benoetigen die Krankenversichertenkarte Ihres Kindes bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Ihr Kind als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Wenn Ihr Kind einen Termin nicht wahr nehmen kann, bitte sagen Sie ihn rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) ab.

Herzlichen Dank!

Datum _____ Unterschrift _____