



Anamnesebogen für Kinder

Patient Kind Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Mitgliedsversichert Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Name Fürsorgeberechtigter (Mutter , Vater, Betreuer) _____

Anschrift Straße/ Nr. _____

PLZ/ Ort _____

Tel. privat Festnetz _____

Tel. mobil/ Arbeit der Eltern _____

Email _____

Krankenversicherung _____ gesetzlich / privat

Beihilfeberechtigt _____ privat zusatzversichert _____ freiwillig versichert _____

Allgemeinanamnese (bitte ankreuzen)

JA

NEIN

Hat Ihr Kind eine Allergie (z. Bsp. gegen Penicillin)?

—

—

Nimmt es regelmäßig Medikamente ein? Welche?

—

—

Leidet es an einer Herzerkrankung?

—

—

Leidet es an Blutgerinnungsstörungen?

—

—

Leidet es an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?

—

—

Ist bei Ihrem Kind eine Infektionskrankheit bekannt (HIV, Hepatitis)?

—

—

Leidet Ihr Kind an Epilepsie?

—

—

Hat Ihr Kind Asthma bronchiale?

—

—

Leidet Ihr Kind an anderen Erkrankungen?

—

—



Zahnmedizinische Anamnese (bitte ankreuzen)	JA	NEIN
Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?	___	___
Trägt es eine kieferorthopädische Apparatur (Zahnspange)?	___	___
Putzt sich Ihr Kind allein und regelmäßig die Zähne?	___	___
Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit einen Zahnunfall?	___	___
Treibt Ihr Kind Sport mit der Gefahr von Zahnschädigungen?	___	___
Hat Ihr Kind manchmal unangenehme Knackgeräusche im Ohr?	___	___
Leidet es häufiger an Kopfschmerzen oder Nackenverspannungen?	___	___
Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal beim Zahnarzt geröntgt?	___	___
Gab es Komplikationen während einer zahnmedizinischen Behandlung?	___	___
Hat Ihr Kind besondere Bedürfnisse während einer Zahnbehandlung?	_____	
Wie haben Sie von unserer Zahnarztpraxis erfahren?	_____	
Name/ Adresse des betreuenden Kinderarztes	_____	

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Teilnahme am Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie eingeschränkt sein kann.

Als Service bieten wir Ihnen für Ihr Kind einen Recall an!
Wir senden Ihnen eine Erinnerungsmail/ Brief wenn es wieder an der Zeit ist einen Kontrolltermin zu vereinbaren.

halbjährlich ___ jährlich ___ Ich wünsche keinen Recall ___



Wir sind bestrebt, unangenehme Wartezeiten beim Zahnarzt zu vermeiden. Sollte es dennoch einmal zu einer Wartezeit kommen, so aus dem Grund von unvorhersehbaren Zwischenfällen oder zahnmedizinischen Notfällen. Wir bitten dies in solchen Fällen zu entschuldigen.

Sollten Sie eine für Sie reservierte Behandlungszeit einmal nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (möglichst 48 Stunden zuvor). Ausfallzeiten können nach § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

Datum _____

Unterschrift _____
Erziehungsberechtigter