

Zahnärztin am See – Dr. Marcelle Bogéa
Linzgastr. 32
88690 Uhldingen-Mühlhofen

Kinder – Anamnesebogen

Liebe Eltern,

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Wir möchten Sie bitten, sich kurz etwas Zeit zu nehmen und diesen Anamnesebogen für Ihr Kind auszufüllen. Wir möchten Ihrem Kind eine bestmögliche Behandlung in angenehmer Atmosphäre bieten können.

Patient: Vor- und Zuname: _____ **Geb.-Datum:** _____

Mutter: Vor- und Zuname: _____

Vater: Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

Erziehungsberechtigt? Beide () Mutter () Vater () Leben getrennt ()

Geb.-Datum (Elternteil): _____ **Telefon/Mobil:** _____

Über wen ist das Kind versichert? Mutter () Vater () Sonstige ()

Name der Krankenkasse: _____ Pflichtversichert / Privat / Beihilfe

Name des Kinderarztes: _____

Allgemeine Situation:

Hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen:

Herzerkrankung: () nein () ja _____

Allergie: () nein () ja _____

Stoffwechselerkrankung/ Diabetes () nein () ja _____

Leber- oder Nierenerkrankung: () nein () ja _____

Blutgerinnungsstörungen: () nein () ja _____

Asthma/Atemnot: () nein () ja _____

Epilepsie, Fieberkrämpfe: () nein () ja _____

Genetische Erkrankungen: () nein () ja _____

Infektionskrankheiten: () nein () ja _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Fehlenden Impfungen: () nein () ja _____

Lernschwäche oder Sprachprobleme () nein () ja _____

Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt? () nein () ja _____

Aufenthalt im Krankenhaus? () nein () ja _____

Behinderung? () nein () ja _____

Zahn-Mund-Situation

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	() nein	() ja
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	() nein	() ja
Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?	() nein	() ja
Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund- Gesichtsbereich?	() nein	() ja
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	() nein	() ja
Lutscht Ihr Kind am Daumen?	() nein	() ja

Anamnese Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen) Mutter () Vater ()

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? _____

2. Neigen Sie zu: Zahnstein? Zahnfleischbluten? Karies? () nein () ja

3. Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? () nein () ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Freunde/Bekannte () / Google () / Zeitung () / Kindergarten/Schule () /
Überweisung Arzt/Zahnarzt ()

Besteht Interesse an unserem Recallsystem per E-Mail? () nein () ja

Liebe Eltern, wir sind eine spezialisierte Kinderzahnarztpraxis. Die vereinbarten Termine werden speziell für Ihr Kind freigehalten. Wir bitten Sie daher im Verhinderungsfall so schnell wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Nicht eingehaltene Termine werden mit einer Ausfallpauschale in Höhe von 35 EUR in Rechnung gestellt.

Ich habe die oben aufgeführten Fragen nach meinem besten Wissen und Gewissen beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten/
gesetzlicher Vertreter/in