



Anamnesebogen für Kinderpatienten

Name: _____ geb.: _____

Anschrift: Str.: _____ Tel.: _____

Wohnort: _____

Versichert bei (Krankenkasse): _____

Versichert durch (Elternteil): _____ geb.: _____

Erziehungsberechtigte: _____ geb.: _____

und: _____ geb.: _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches: _____

Bisheriger Zahnarzt: _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch: _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen: _____

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung, wenn JA bei wem:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden: _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu:

	JA	NEIN		JA	NEIN
Geistige Behinderung			Schilddrüsenerkrankung		
Geistige Verzögerung			Asthma		
Lernbehinderung			Lungenerkrankung		
Immunschwäche (Aids)			Nervenerkrankung		
Spastik			Lebererkrankungen/Gelbsucht		
Hörstörungen			Rheuma/rheumatisches Fieber		
Tuberkulose			Nierenerkrankung		
Zuckerkrankheit			Magen-Darm-Erkrankung		
Erkrankungen des Blutes			Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)		

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens: _____

Bestehen sonstige Erkrankungen, wenn ja welche: _____

Hat Ihr Kind Allergien, wenn ja, worauf: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein, wenn ja welche: _____

Kinderarzt: _____

Mein Kind geht in :	JA	Mein Kind ist aktiv :	JA
den Kindergarten/die Krippe ganztags		im Sportverein	
den Kindergarten/die Krippe halbtags		in der Musikschule	
die Vorschule ganztags		in der Tanzschule	
die Vorschule halbtags		sonstiges:	
die Schule ganztags			
die Schule halbtags			

Verlief die Schwangerschaft/Geburt normal, wenn NEIN warum:

BITTE WENDEN!



Gewicht des Kindes bei der Geburt: _____

Ist Ihr Kind gestillt worden, wenn ja wie lange: _____

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken:

Wie lange: _____ Immer noch: _____ Morgens: _____ Abends: _____

Was war/ist in der Flasche: _____

Ist Ihr Kind ein guter Esser: _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wenn ja welche: _____

Neigen Sie zu Karies, Zahnstein, Zahnfleischbluten: _____

Haben Sie selber Angst vorm Zahnarzt: _____

Sind Sie bei Bedarf mit einer lokalen Betäubung einverstanden: _____

Sie sind einverstanden, dass wir ihr Kind in unsere Erinnerungskartei (Recall/ Termin) aufnehmen? ja nein

Wenn ja: per SMS: _____ (Mobilnummer)

per E-Mail: _____ (E-Mail Adresse)

Allgemeines:

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte **spätestens 10 Tage** nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung **privat in Rechnung gestellt** werden müssen. Im Zuge des 2. Neuordnungsgesetzes (3. Stufe Gesundheitsreform) haben ab dem 01.07.97 alle Krankenkassenmitglieder ein Wahlrecht zwischen Kassenzahnärztlicher Behandlung und Privatbehandlung mit Kostenerstattung.

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Sollten Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen Termin bitte möglichst frühzeitig – **d. h. spätestens 24 Stunden vorher** – ab. Bei Nichteinhaltung oder verspäteter Absage des Termins werden wir Ihnen **gemäß §615 BGB ein Ausfall Honorar pro ½ Stunde von 75€** in Rechnung stellen. Die Rechnung wird nicht erstellt, wenn in der vereinbarten Zeit ein anderer Patient behandelt wird und somit kein Ausfall entsteht.

Sollte Ihr Kind doch einmal unerwartet Schmerzen bekommen, erwarten wir, dass sie sich zwischen 9:00 Uhr und 11:00 Uhr bei uns melden. Wenn Sie sich in einem Schmerzfall erst nach 11:00 Uhr bei uns melden, können wir Ihnen nicht versprechen, dass sie noch am gleichen Tag einen Termin bei uns bekommen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben und unterzeichne, dass ich den obigen Text gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Fragen an die Kinder:

Am liebsten esse ich: _____

Am liebsten beschäftige ich mich mit: _____

Meine Hobbys sind: _____

Mein Lieblingstier ist: _____

Meine Lieblingsfarbe ist: _____

