



ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Liebe Eltern, bitte füllen Sie uns diesen Fragebogen sorgfältig aus. Dadurch erleichtern Sie uns das Erkennen von Risikofaktoren und unterstützen so optimal Ihre Behandlung.

Name	Telefon
Vorname	mobil
Geburtsdatum	E-Mail
Anschrift	
Postleitzahl, Ort	

Krankenversicherung	Hausarzt
Bonusheft vorhanden und gepflegt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten im Rahmen der DSGVO an mitbeh. Zahnärzte, Kieferorthopäden oder -chirurgen weitergeleitet oder von diesen bezogen werden. Die DSGVO wurde mir ausgehändigt.

Ja Nein

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blutungsneigung, Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nervenleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Nieren)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erkrankungen der Atemwege (z.B. Asthma)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergie (z.B. Latex, Antibiotika, lokale Betäubungsmittel), Allergiepass?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, welche?

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Hepatitis, HIV, Tuberkulose Ja Nein

Sonstiges

Ernährungsgewohnheiten (Süßes, Getränke), welche:

Gab es schon einmal Komplikationen bei Zahnbehandlungen?

Ja Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Zusatzversicherung?

Ja Nein

Wann wurde Ihr Kind zuletzt an den Zähnen geröntgt? Datum:

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung für Ihr Kind interessiert?

Ja Nein

Sind Sie am Wiederbestellsystem (Recall) interessiert?

Ja Nein

Telefonisch Per E-mail

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes sowie von Medikamenteneinnahmen mit.

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Wir bitten Sie daher Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir behalten uns vor, bei unentschuldigtem Fernbleiben von vereinbarten Terminen ein Ausfallhonorar in Höhe von **35 €** je halber Stunde in Rechnung zu stellen, so kein unverschuldetes Fernbleiben vorliegt.

Bei unentschuldigtem Fernbleiben von einer PZR werden die gesamten Kosten von bis zu **80 €** in Rechnung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift