

Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Kind

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o. Ä. _____

Kinderarzt / Hausarzt _____

Versicherungsnehmer

Krankenkasse _____

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Sorgeberechtigter

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefonnummer _____

Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis – das heißt, dass wir die Zeit für Ihren Termin extra für Sie reservieren. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen ansonsten die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie Kinderarzt Telefonbuch / Branchenbuch Kita

Internetportale, z. B. jameda: _____ Sonstiges: _____

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere Internetseite angesehen? ja nein

Möchten Sie an die Vorsorgetermine Ihres Kindes erinnert werden? nein ja, per SMS E-Mail telefonisch

ANAMNESE DES KINDES (KRANKENGESCHICHTE)

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? _____ Und wann das letzte Mal? _____

Besteht Zahnarztangst? ja nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, wann und an welchen Zähnen? _____

Gab es Zahnunfälle? ja nein
Wenn ja, welches Alter und an welchen Zähnen? _____

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? ja nein Wenn ja, wo? _____

