

ANAMNESEBOGEN für KINDER

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen über den Gesundheitsstand Ihres Kindes ist wichtig, um für die Behandlung die geeigneten Behandlungsverfahren und Medikamente auswählen zu können. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam

	Patient (Kind):	Hauptversicherter (Vater / Mutter):
Name:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Str. & Hausnr.:	_____	_____
PLZ & Ort:.	_____	_____
Geburtsort	_____	_____
Tel. / Handy:	_____	_____
E-Mail:	_____	_____
	Arbeitgeber.:	_____
	Tel. geschäftl.:	_____
	Krankenkasse:	_____
Versicherungsart:	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> privat (im Standardtarif) <input type="checkbox"/> nicht versichert	
Haben Sie eine private Zahn-Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ich bin damit einverstanden zum Zahnreinigungs-Recall per Brief / SMS / E-Mail angeschrieben zu werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
In welchen Kindergarten / welche Schule geht Ihr Kind?	_____	
Wer hat Sie zu uns empfohlen oder überwiesen?	_____	
Wer ist der Kinderarzt / Hausarzt (Ort, Telefon)?	_____	
Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztl. / therapeut. Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, bei welchem Arzt / Therapeut?	_____	
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	_____	

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mind. 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht eingehaltene bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden, je angefangene halbe Stunde 50 €.

ANAMNESEBOGEN für KINDER

Welche Medikamente nimmt ihr Kind regelmäßig ein?	
Auf welche Medikamente oder andere Stoffe reagiert es allergisch ?	
Wurde ein Allergiepass ausgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat ihr Kind Daumen gelutscht ? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat ihr Kind ein Schnuller genommen ? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Kinderkrankheiten hat ihr Kind bereits gehabt?	
Leidet es an Asthma ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Was isst ihr Kind? (Vegetarier, Mischkost)	
Hatte es jemals einen epileptischen Anfall (Krampfanfall)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat es Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Magen - Darmerkrankungen ? (z.B. Bulimie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat es eine Schilddrüsenerkrankung ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatte es jemals eine Lebererkrankung / Hepatitis ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat es schon einmal eine Nierenerkrankung gehabt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht die Möglichkeit, dass es HIV positiv ist?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde es jemals wegen einer Tumorerkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Herzerkrankung bei Ihrem Kind ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie oft putzt ihr Kind die Zähne?	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x täglich.
Putzen Sie die Zähne bei ihrem Kind nach?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie ihrem Kind D-Fluoretten oder andere Fluoride (Salz, Wasser) gegeben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist ihr Kind in einer kieferorthopädischen Behandlung?	
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
Ist es im Kopfbereich jemals verletzt oder operiert worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde in den letzten zwölf Monaten eine Röntgenaufnahme angefertigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige für die Behandlung ihres Kindes relevante Angaben:	
Ich bin damit einverstanden, dass eine Terminerinnerung per SMS oder E-Mail erfolgen kann.	

ⓘ Nach Injektion so lange wie die Betäubung wirkt nichts kauen ⓘ

Göppingen, den

.....
Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigter