



## Anamnesebogen für Kinder

### Angaben zu Ihrem Kind

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Angaben zum Hauptversicherten (Erziehungsberechtigten)

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Privat       gesetzlich       freiwillig versichert

### Gesetzlicher Betreuer / Vormund (Nachweis bitte einreichen)

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Pflegestufe? (Nachweis bitte einreichen)       1    2    3    4    5

Befreiung von Zuzahlung liegt vor? (Nachweis bitte einreichen)       Ja    Nein

Schwerbehindertenausweis? (Nachweis bitte einreichen)       Ja    Nein

### Fragen zu Ihrem Kind Leidet Ihr Kind an Erkrankungen:

- Des Nervensystems (Epilepsie, Krampfleiden, o.ä.)?  Ja    Nein
- Des Herz-Kreislaufsystems (Herzklappenfehler, Herzinsuffizienz, o.ä.)?  Ja    Nein
- Der Lungen (Asthma, COPD, o.ä.)?  Ja    Nein
- Der Nieren (Niereninsuffizienz, o.ä.)?  Ja    Nein
- Der Schilddrüsen (Unterfunktion, Überfunktion, o.ä.)?  Ja    Nein
- Des Magen-Darmtraktes?  Ja    Nein
- Der Leber (Hepatitis, Gelbsucht, o.ä.)  Ja    Nein
- Des Bewegungsapparates?  Ja    Nein
- Des Stoffwechselsystems (Diabetes Typ I)?  Ja    Nein
- Hat Ihr Kind Allergien?  Ja    Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- Liegt eine Vitamin B12 Mangel vor? \_\_\_\_\_  Ja    Nein
- Erhält ihr Kind regelmäßig Medikamente  Ja    Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt?  Ja    Nein
- Was ist der Grund Ihres heutigen Besuches?

\_\_\_\_\_

**Bitte wenden >>>>**



### Ernährung

Was trinkt Ihr Kind am liebsten?       Wasser     Säfte     Schorlen     Tee

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken, oder trinkt immer noch?       Ja     Nein

Lutscht Ihr Kind an einem Daumen oder hat es einen Schnuller?       Ja     Nein

### Mundhygiene

Putzt Ihr Kind allein oder mit Hilfe?       allein       mit Hilfe

Ist/war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?       Ja     Nein

wenn ja, wann \_\_\_\_\_ wie lange \_\_\_\_\_ bei wem \_\_\_\_\_

Möchten Sie, dass wir Sie an den nächsten Zahnarzttermin erinnern       Ja     Nein

**Ich erkläre mich hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.**

**Wir möchten Sie bitten, Termine, welche von Ihnen nicht wahrgenommen werden können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.**

**Sollten nach vorheriger Vereinbarung mit Ihnen Mehrkosten für die Behandlung auftreten, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer des Kindes, falls er nicht der Rechnungsempfänger ist, diese unaufgefordert an den Rechnungsempfänger weiterzuleiten.**

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Friesoythe, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_