



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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?



sonstiges _____

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, _____
