



Bitte dieses Feld nicht ausfüllen

Anamnesebogen

Liebe Eltern

Wir freuen uns sehr, Sie und ihr Kind bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir legen sehr viel Wert auf ein persönliches Gespräch, der Fragebogen soll dieses nicht ersetzen aber er hilft uns dabei, unsere Behandlung optimal auf ihr Kind einzustellen.

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig, auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name des Elternteils über den das Kind versichert ist

Telefon Festnetz

Mobil

E-Mail

Geburtsort des Kindes

Name der Versicherung

- gesetzlich versichert privat versichert Zusatzversicherung
 Basistarif Beihilfeberechtigt

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- persönliche Empfehlung Im Vorbeigehen Internet
 Überweisender Arzt: _____ Jameda etc. Sonstiges: _____

- Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus -

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein		ja	nein
Herz/-Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nimmt ihr Kind Medikamente ein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemwege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		
Sonstige: _____					

Was trifft auf ihr Kind zu?

	ja	nein
Braucht noch einen Schnuller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nuckelt am Daumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atmet meist oder oft mit offenem Mund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presst beim Schlucken die Zunge gegen die Vorderzähne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fluoridanamnese

Mein Kind nimmt regelmäßig Fluorettten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Kind benutzt fluoridierte Zahnpasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Kind benutzt Fluoridgel (z. B. Elmex geleé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wir benutzen fluoridiertes Speisesalz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie mit ihrem Kind in die Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung Beratung Schmerzbehandlung
 Sonstiges: _____

Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, Sie halbjährlich an die Vorsorgeuntersuchungen zu erinnern?

per Anruf Postkarte

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Gesundheitsangaben, sowie ihr Einverständnis für die Weiterbehandlung in der Praxis Gördes/Schulze/Rumann ab dem 4.1.2021 mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift