

Kinderanamnesefragebogen Zahnarztpraxis Dr. Britta Timte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten und vielfältige individuelle Vorgeschichten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.

1. Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon (privat): _____ Telefon (mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____ Geburtsort: _____

Sie sind familienversichert über:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Hausarzt/Kinderarzt: (Name/Telefonnummer): _____

Gesundheitsfragen (Anamnese)

Hat oder Hatte Ihr Kind folgende Erkrankungen?

- Herzerkrankung/-fehler: ☐ Ja ☐ Nein
- Blutgerinnungsstörungen: ☐ Ja ☐ Nein
- Lungenerkrankung/ Asthma: ☐ Ja ☐ Nein
- Diabetes mellitus: ☐ Ja ☐ Nein
- Nierenerkrankung: ☐ Ja ☐ Nein
- Gelbsucht: ☐ Ja ☐ Nein
- Krampfanfälle/Epilepsie: ☐ Ja ☐ Nein
- Hat Ihr Kind neurobiologische Auffälligkeiten? (ADS/ADHS) ☐ Ja ☐ Nein
- Allergien/Unverträglichkeiten ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____

- Nimmt Ihr Kind Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____

Kinderanamnesefragebogen Zahnarztpraxis Dr. Britta Timte

- Hat Ihr Kind derzeit Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein
- Ist heute der erste Besuch beim Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein
- Hat Ihr Kind tagsüber und/oder nachts den Mund häufig geöffnet? ☐ Ja ☐ Nein
- Ist Ihr Kind häufig erkältet? ☐ Ja ☐ Nein
- Welches Getränk wird bevorzugt? _____

Haben Sie besondere Wünsche /Interesse an Informationen?

Wurden Sie überwiesen oder empfohlen?

aktueller Grund des Zahnarztbesuches?

Termine

Wir führen eine Terminpraxis.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um **rechtzeitige Absage (mindestens 24 Stunden vorher)**.

Nicht abgesagte Termine und entstehende Ausfallzeiten können privat in Rechnung gestellt werden.

Datenschutz

Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis erhalten bzw. zur Kenntnis genommen und willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der zahnärztlichen Behandlung und Abrechnung ein.

Ort / Datum: _____

Erziehungsberechtigte(r)/ gesetzliche(r) Vertreter(in):
