

ANAMNESEBOGEN KINDER UND JUGENDLICHE

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten: _____ geb. am: _____

Strasse / Nr.: _____ Geburtsort: _____

PLZ / Ort: _____ Telefon: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bei einer gesetzlichen Kasse bitte angeben:

Pflichtversichert ja nein Freiwillig versichert ja nein privat zahnärztl. zusatzversichert? ja nein

Haben Sie Kostenerstattung gewählt? ja nein

Bei einer Privatversicherung bitte angeben:

Standardtarif ja nein Basistarif ja nein

Versichertendaten

Rechnung an Patienten oder Versicherten: Patient Versicherten

Name des Versicherten: _____ geb. am: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Spezielle Anamnese

Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Allergiepass? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Bei wem? _____

Warum? _____

Hat Ihr Kind Einschränkungen d. Sehkraft/d. Gehörs? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Herzerkrankung/Herzfehler ja nein

Wenn ja, welche? _____

Diabetes ja nein ADHS / ADS ja nein

Nierenerkrankung ja nein Gelbsucht ja nein

Angstzustände ja nein Angstzustände ja nein

Lungenerkrankung / Asthma ja nein

Wenn ja, welche? _____

Blutgerinnungsstörung ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? ja nein Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein

Wenn ja, welche? _____

Zahnmedizinische Anamnese

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei wem? _____

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja nein

Sollen wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Beratungswunsch

Vorsorge zum langjährigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe ja nein

Ernährungsberatung ja nein

Eigene Fragen Wünsche:

Hinweis in eigener Sache:

Wir benötigen die Krankenversichertenkarte Ihres Kindes bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Ihr Kind als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Wir führen eine Praxis mit Bestellsystem. Wenn Ihr Kind einen Termin nicht wahrnehmen kann, bitte sagen Sie ihn rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) ab. Wir weisen in diesem Zuge darauf hin, dass unentschuldig versäumte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Herzlichen Dank!

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____