



ANAMNESEBOGEN

(Bitte in Druckbuchstaben und leserlich ausfüllen)

Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Christina Overbeck, M.Sc

Master of Science Kinderzahnheilkunde

ALLGEMEINE ANGABEN IHRES KINDES/PATIENT

Name Vorname Geb. Datum
Straße/Nr. PLZ/ Ort
Telefon Mutter Telefon Vater

ÜBER WELCHE PERSON IST DAS KIND VERSICHERT?

Name Vorname Geb. Datum
Straße/Nr. PLZ/ Ort
Telefon Email
Beruf Arbeitgeber
Krankenkasse beihilfeberechtigt zu Prozent
 Zusätzlich versichert Name der Versicherung

Name des Kinderarztes Telefon
Ihr Kind geht in den Kindergarten
 die Schule
 eine andere Einrichtung

TRIFFT EINE DER NACHFOLGENDEN KRANKHEITEN AUF IHR KIND ZU?

- | | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Epilepsie (Krampfanfälle) |
| <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung | <input type="checkbox"/> ADHS |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung | <input type="checkbox"/> Autismus | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung | <input type="checkbox"/> Muskelerkrankung | |

Sonstiges

Weiter auf nächster Seite!

HATTE ODER HAT IHR KIND EINE ERKRANKUNG DES HERZENS?

JA NEIN

angeborener oder erworbener Herzfehler Herzoperationen

Herzpass Sonstiges

BESTEHEN SONSTIGE ERKRANKUNGEN?

JA NEIN Wenn ja, welche?

HAT IHR KIND ALLERGIEN?

JA NEIN Wenn ja, worauf?

NIMMT IHR KIND IRGENDWELCHE MEDIKAMENTE EIN?

JA NEIN Wenn ja, welche?

GAB ES PROBLEME WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT?

JA NEIN Wenn ja, in welcher Woche?

GRUND IHRES HEUTIGEN ZAHNARZTBESUCHES?

HAT IHR KIND ANGST VOR DEM ZAHNARZT?

JA NEIN Wenn ja, wovor hat Ihr Kind am meisten Angst?

HAT IHR KIND SCHLECHTE ERFAHRUNGEN BEIM ZAHNARZT DURCH:

Schmerz Festhalten Spritze falsche Versprechungen

andere Vorkommnisse Wenn ja, welche?

IST IHR KIND IN KIEFERORTHOPÄDISCHER BEHANDLUNG?

JA NEIN Wenn ja, Name des Kieferorthopäden

LUTSCHGEWOHNHEITEN? Schnuller Daumen keine

ATMET IHR KIND ÜBERWIEGEND DURCH DEN MUND? JA NEIN

WAS SOLLTEN WIR SONST NOCH WISSEN?

BEI WEM DÜRFEN WIR UNS BEDANKEN, DASS SIE UNSERE PRAXIS AUFSUCHEN?

Wir sind eine Bestellpraxis. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten einen vereinbarten Termin rechtzeitig abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 SATZ BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Datum Unterschrift/Erziehungsberechtigte/r