



Anamnesebogen/Anmeldung für Minderjährige bis zum vollendeten 14. Lebensjahr

Bitte vor der Behandlung so genau wie möglich ausfüllen und abgeben!

Herr

Frau

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Krankenkasse oder Versicherung

gesetzlicher Vertreter (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Telefon privat

Telefon tagsüber

E-Mail

Fax

Arbeitgeber

Beruf

Gesetzlich versichert

Privat versichert – nicht im Basistarif

Privat versichert – im Basistarif

Beihilfeberechtigt

! Änderungen des Versichertenstatus sind uns zwingend sofort mitzuteilen !

Bei Privatrechnung, Rechnung an: Name & Adresse (falls abweichend vom Patienten)

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

Kieferorthopäde: Name, Adresse, Telefon

(falls vorhanden)

Fragen über Ihr Kind:

Grund des heutigen Zahnarztbesuchs?

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch?

nein

ja

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

nein

ja

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

nein

ja

Hatte Ihr Kind einen Unfall oder eine Operation? (Mundbereich)

nein

ja

Ernährung:

Was isst / trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

Brot Brötchen Müsli Cornflakes Marmelade Nutella Wurst Käse

Joghurt Obst Gemüse Kuchen Schokolade Chips

Wasser Tee Milch Kakao Saft Cola Limonade Sonstiges

Isst Ihr Kind gern Süßes?

Wenn ja, wie oft? _____

Mundhygiene:

Wie werden die Zähne geputzt?

allein vom Kind mit Eltern nur Eltern

Wie oft werden die Zähne geputzt?

< 1x/Tag 1x/Tag > 1x/Tag

Womit werden die Zähne geputzt?

Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste Zahncreme

Nimmt Ihr Kind zusätzlich Fluoride zu sich?

Fluoridiertes Salz Tabletten Sonstiges



bitte wenden!

Herz-Kreislauf-Erkrankung:

- Hoher Blutdruck nein ja
Niedriger Blutdruck nein ja
Herzklappenerkrankung/-defekt nein ja
Herzerkrankung nein ja
Herzoperation nein ja
Herzschrittmacher nein ja
andere: _____

Infektionserkrankungen:

- HIV nein ja
Hepatitis nein ja
Tuberkulose nein ja
andere: _____

nein ja

nein ja

Einzunehmende Medikamente:

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie nein ja
Schmerzmittel nein ja
Antibiotika nein ja
andere: _____

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen nein ja

Asthma nein ja
Lungenerkrankung nein ja
Schilddrüsenerkrankung nein ja
Rheuma nein ja
Epilepsie nein ja
Diabetes nein ja

Nierenfunktionsstörungen

Ohnmachtneigung

Krebserkrankung nein ja

Allgemeine Angaben:

- Frühere Röntgenuntersuchung im Kopfbereich nein ja wenn ja, wann: _____
Ihr letzter Zahnarztbesuch _____

Besondere Patientenwünsche:

- Behandlung unter lokaler Betäubung nein ja
Kostenfreies Benachrichtigungs-/Recallsystem nein ja
Informationen zur Kinderprophylaxe nein ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Die Abtretung von Forderungen des Patienten, die aus dem Behandlungsverhältnis mit dem/den Behandler/in resultieren, an Dritte ist ausgeschlossen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Information gelesen und verstanden habe.

ASTRID URBAN ZAHNÄRZTIN

WITTELSBACHERRING 49, 95444 BAYREUTH, TEL. (09 21) 6 40 41, FAX (09 21) 6 16 03

