

ZAHNMEDIZIN IM ODERLAND

ZAHNARZTPRAXIS & KIEFERORTHOPÄDIE
MAGAZINSTRASSE 1 | 16269 WRIEZEN



Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis,

bitte füllen Sie den Anamnesebogen sorgfältig aus.

Diese Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Sollten sich Änderungen ergeben, bitten wir Sie uns unverzüglich zu informieren.

Vielen Dank

Noch ein Hinweis zur Organisation

Bitte erscheinen Sie pünktlich zu Ihren vereinbarten Terminen. Sollten sie einen Termin nicht einhalten können, geben sie uns bitte spätestens 24 h vorher Bescheid. Vielen Dank

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen. Wir sind berechtigt, diese auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis

Angaben zum Kind

Name, Vorname, Geburtsdatum

Erziehungsberechtigter

☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide

Kind ist versichert über

☐ Mutter ☐ Vater

Ihre Versicherung

Name der Versicherung

Angaben zu Ihrer Person

Mutter

Name und Geburtsdatum der Mutter

Anschrift der Mutter

Telefonnummer der Mutter

Vater

Name und Geburtsdatum des Vaters

Anschrift des Vaters

Telefonnummer des Vaters

Allgemeines Wohlbefinden

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten

Asthma, Atemnot ☐

Chronische Bronchitis ☐

Herzerkrankungen ☐

Nierenerkrankungen ☐

Diabetes ☐

Blutgerinnungsstörungen ☐

Infektionskrankheiten ☐

Epilepsie ☐

Sonstige Krankheiten ☐

Bekannte Allergien ☐

Sonstige Krankheiten ☐

Medikamente ☐

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Wie verliefen die bisherigen Besuche beim Zahnarzt?

Ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Name des behandelnden Kieferorthopäden

Hat ihr Kind gelutscht? Bis zu welchem Alter?
Womit wurde gelutscht? (Nuckel, Daumen) ☐ Ja ☐ Nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?

☐ Ja

☐ Nein

Beisst Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf Zunge, Lippen,
Nägel, Bleistift oder sonstiges?

☐ Ja

☐ Nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall, wobei Milch- oder bleibende
Zähne beschädigt wurden oder verloren gingen?

☐ Ja

☐ Nein

War Ihr Kind schon einmal in logopädischer Behandlung?

☐ Ja

☐ Nein

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?

☐ Ja

☐ Nein

Datum

Unterschrift