



Erstanamnesebogen für Ihr Kind

Sehr geehrte(r) Patient(in),

bitte füllen Sie den Fragebogen für Ihr Kind aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkungen auf unterschiedliche Krankheiten haben können. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: geb. am: Tel. privat:

Strasse: PLZ, Ort: Handy:

Name der Krankenkasse:

Ich bin: gesetzlich versichert

privat versichert Beihilfe versichert Basistarif versichert

familienversichert bei: (Name des Mitglieds): geb. am:

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

Welche Lutschgewohnheiten Hat Ihr Kind?

ja nein Daumen, Finger

ja nein Schnuller

sonstiges wie Beißring,

Trinkfläschchen o. ä.

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

ja

nein

Wenn ja, bei wem?

.....

War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung?

ja

nein

Ist Ihr Kind allergisch gegen bestimmte Stoffe?

ja

nein

Wenn ja, gegen welche?

.....

Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung?

ja

nein

Wenn ja, bei wem?

.....

Hatte oder hat Ihr Kind folgende Krankheiten?

ja nein Gelbsucht

ja nein Lunge/Asthma

ja nein Herzfehler/ Krankheit

ja nein Sonstige Krankheiten?

.....

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?

ja nein

Wie oft täglich?.....

Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?.....

ja nein Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Kaarst, den

Unterschrift: