

Liebe Eltern,

um Ihr Kind optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Allgemeinerkrankungen und Medikamenteneinnahmen zu beantworten. Wenn zukünftig Neuerkrankungen bei Ihrem Kind diagnostiziert werden oder die Medikation umgestellt wird, teilen Sie uns das bitte mit.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass die Daten Ihres Kindes zum Zwecke der Dokumentation und Abrechnung nach den gesetzlichen Vorschriften gespeichert und verarbeitet werden. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ im Wartezimmer. Sollten Sie weitere Fragen haben, sind wir gerne für Sie da.

Sie können den Anamnesebogen ausdrucken und ausgefüllt zum Termin Ihres Kindes mitbringen oder Sie füllen diesen am PC aus, speichern ihn ab und senden uns den Anamnesebogen per Mail an empfang@zaehnegrossundklein.de.

Patient				
Name			Vorname	
geb. am			Geburtsort	
Kindergarten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Schuljahr	
Angaben zum Vater				
Name			Vorname	
geb. am			Beruf	
Angaben zum Mutter				
Name			Vorname	
geb. am			Beruf	
Ihr Kind ist versichert bei				
Vater	<input type="radio"/>		Mutter	<input type="radio"/>
Krankenkasse			Beihilfe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Besteht gemeinsames Sorgerecht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn nein, wer hat das Sorgerecht?	
Anschrift privat				
Straße			PLZ Ort	
Kontaktdaten				
Telefon privat			Mobiltelefon	
Möchten Sie unseren Erinnerungsservice für Vorsorgeuntersuchungen für Ihr Kind nutzen?				
<input type="radio"/> Erinnerung per SMS		<input type="radio"/> Erinnerung per Mail		<input type="radio"/> Erinnerung per Post <input type="radio"/> Nein
Kinderarzt				
Name			Ort	
Geschwister				
..... Schwester(n)			Alter	
..... Bru(e)der			Alter	

Allgemeines				
Grund des Zahnarztbesuchs				
Der letzte Zahnarztbesuch war im (Monat, Jahr)				
Die Zahnarztefahrungen meines Kindes sind		<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> schlecht
Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund-Kiefer-Bereich?				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, im (Monat, Jahr):			
Lutschgewohnheiten				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, bis zum (Monat, Jahr):	<input type="radio"/> Daumen	<input type="radio"/> Schnuller	<input type="radio"/> Sonst.
Allergien oder Unverträglichkeiten				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:	Allergiepass	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herz- / Kreislaferkrankungen				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:	Herzpass	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bluterkrankungen				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:			
	erhöhte Blutungsneigung, Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
	Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Atemwegserkrankungen				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende (z.B. Asthma, chronische Bronchitis):			
Stoffwechselerkrankungen				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende (z.B. Diabetes, Fehlfunktion Schilddrüse):			
Infektionserkrankungen				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV):			
Magen-Darm-Erkrankungen				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende (z.B. Morbus Crohn):			
Augenerkrankungen				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende (z.B. Kurz-/Weitsichtigkeit, Schielen):			
Erkrankungen des Immunsystems				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende (z.B. Kinder- und Jugendrheuma):			
Erkrankungen des Nervensystems				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende (z.B. Epileptische Anfälle, Neurologische Störungen):			
Tumorerkrankungen				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende			
Sonstige Erkrankungen / Syndrom				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende			
Krankenhausaufenthalte				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende			
Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, weil			
Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein?				
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende			

Schwarzach, den _____

Sie können den Anamnesebogen ausdrucken und ausgefüllt zum Termin Ihres Kindes mitbringen oder Sie füllen diesen am PC aus, speichern ihn ab und senden uns den Anamnesebogen per Mail an empfang@zaehnegrossundklein.de.

Unterschrift der Eltern