

Anamnesebogen für Kinder

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Interesse der Behandlung Ihres Kindes sorgfältig aus.
Bei Fragen stehen wir Ihnen zur Verfügung.

Kind: Name	Vorname	Geburtsdatum
Versicherter: Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/ Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon: privat	dienstl. des Versicherten	Handy

Arbeitgeber/ Adresse (bitte mit angeben) des Versicherten

Ihr behandelnder Kinderarzt

Krankenkasse: _____ Private Vers. - Basis(Standard) Tarif ja nein
Beihilfe ja nein

Leidet Ihr Kind an folgenden Erkrankungen?

wenn ja, welche:

Herz-/ Kreislauf (akut/chronisch)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten (z.B. TBC, Hepatitis, Aids/HIV-pos.)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Allergien/ Unverträglichkeiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Nervenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____

ALLGEMEINES

letzte Röntgenaufnahme im Jahre: _____ in Zahnarztpraxis: _____

BESONDERE WÜNSCHE

Behandlung unter lokaler Betäubung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Information zur Kinderprophylaxe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Schriftl. Erinnerung an Kontrolltermine	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	halbjährlich <input type="checkbox"/>

IHRE ANGABEN WERDEN VON UNS GESPEICHERT; UNTERLIEGEN ABER DEN STRENGEN BESTIMMUNGEN DES DATENSCHUTZES UND DER ZAHNÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben über mein Kind. Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____