

Kinder-Anamnesebogen



Liebe Eltern, zur optimalen Behandlung Ihres Kindes bitten wir Sie, unseren Kinder-Anamnesebogen auszufüllen. Alle Informationen unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches:

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Erziehungsberechtigter Mutter Vater beide

Familienversichert bei (versicherter Elternteil) Mutter Vater

Krankenkasse/private Krankenversicherung:

gesetzlich versichert privat versichert

Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Angaben zur Mutter

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Straße/Nr.: PLZ/Ort:

E-Mail:

Tel. privat/mobil/geschäftlich:

Arbeitgeber/Ort:

Angaben zum Vater

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Straße/Nr.: PLZ/Ort:

E-Mail:

Tel. privat/mobil/geschäftlich:

Arbeitgeber/Ort:

Angaben zum Kinderarzt

Name: Ort:

Tel.:



Zahngesundheit für die ganze Familie



Dr. med. Bernd Lux • Zahnarztpraxis im Zerbster Zentrum

Alte Brücke 10
39261 Zerbst/Anhalt

Tel.: 03923/36 26
Fax: 03923/48 77 85

info@dr-lux-zahnarzt-zerbst.de
www.dr-lux-zahnarzt-zerbst.de

Kinder-Anamnesebogen

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?

Gelbsucht	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Herzfehler/-krankheit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Diabetes	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Nierenerkrankungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Krampfanfälle	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Lunge/Asthma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Sonstige:		

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Beschwerden? ja nein

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? ja nein

Ist das der erste Besuch des Kindes beim Zahnarzt? ja nein

Hat Ihr Kind Angst? ja nein

Anmerkungen:

Soll Ihr Kind an unserem Recall-Service teilnehmen und regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? ja nein

Besteht bei Ihnen Interesse an individuellen Prophylaxemaßnahmen (Putzschule, Ernährungsberatung, Intensivprophylaxe) für Ihr Kind? ja nein

Weitere wichtige Anmerkungen:

.....
.....

Bitte teilen Sie uns mit, falls sich Änderungen im Gesundheitszustand Ihres Kindes ergeben. (z.B. Allergien oder Unverträglichkeiten). Dies werden wir dann berücksichtigen.

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte



Zahngesundheit für die ganze Familie



Dr. med. Bernd Lux • Zahnarztpraxis im Zerbster Zentrum

Alte Brücke 10
39261 Zerbst/Anhalt

Tel.: 03923/36 26
Fax: 03923/48 77 85

info@dr-lux-zahnarzt-zerbst.de
www.dr-lux-zahnarzt-zerbst.de