



ANAMNESEBOGEN

Patient Name:

Vorname:

geb.:

männlich weiblich

Versicherter Name:

Vorname:

geb.:

Tel.:

Handy:

Anschrift:

Beruf/ Arbeitgeber:

Krankenkasse: Beihilfe ja nein

Überweisender Zahnarzt:

Kieferorthopäde:

War Ihr Kind schon in zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Ist Ihr Kind sehr ängstlich? ja nein

Hat Ihr Kind „Löcher“ in den Zähnen? ja nein

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja nein

Wünschen Sie eine Behandlung unter Vollnarkose? ja nein

Mein Kind ist bereits in Vollnarkose zahnbehandelt worden ja nein

Hat Ihr Kind eine Erkrankung folgender Art?

Herz-Kreislaferkrankungen ja nein

Allergien: ja nein

Asthma ja nein

Epilepsie ja nein

Blutungsneigung ja nein

Infektionskrankheiten ja nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein

Welche?

Sonstige Erkrankungen

Mein Kind besucht den Kindergarten die Schule

Wie haben Sie unsere Praxis gefunden?

Zahnarzt/Überweiser Gelbe Seiten Flyer Internet Bekannte

Ihre Angaben werden von uns gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

.....
Datum

.....
Unterschrift