

## Kinder Anamnese

**Patient:**

Name ..... Vorname.....

Geburtsdatum .....Geburtsort.....

**Versicherter** (Familierversichert? Bitte Daten des Hauptversicherten angeben):

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse (Str./PLZ/Ort) .....

Tel. privat: ..... Handy.....

Email.....

Krankenkasse .....

Kinderarzt: .....

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? O ja O nein

Traten bei bisherigen Zahnarztbesuchen Probleme auf? O ja O nein

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? .....

Was ist der Grund des heutigen Besuchs? .....

**Bestehen folgende gesundheitliche Risiken?**

Herzerkrankung / Herzfehler / Herzoperation? O ja O nein

Blutgerinnungsstörung? O ja O nein

Allergien? O ja O nein

Wenn ja, welche? .....

Diabetes? O ja O nein

Nieren- / oder Magen – Darmerkrankung? O ja O nein

Asthma? O ja O nein

Ansteckende Krankheiten ( Tbc, HIV, Hepatitis )? O ja O nein

Geistige oder körperliche Behinderung? O ja O nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? O ja O nein

Wenn ja, welche? .....

Ist Ihr Kind z.Z. in ärztlicher Behandlung? O ja O nein

Sonstige Erkrankungen: .....

Mit der Lokalfluoridierung der Zähne meines Kindes bin ich einverstanden: O ja O nein

Möchten Sie an unserem Recallsystem teilnehmen und halbjährlich an den nächsten

Termin Ihres Kindes erinnert werden? O ja O nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!  
Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

.....  
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter / Versicherter

**Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.**