

Zahnarztpraxis Dr.A.Tegeler-Anamnesebogen für Kinder 0.-5.Lebensjahr

Nachname,Vorname des Kindes.....
Geburtsdatum :.....
Nachname, Vorname (Versicherter)
.....
Krankenkasse / Zusatzversicherung:.....
Adresse :.....
Telefon privat: mobil:.....geschäftlich:.....
Kinderärztin/Kinderarzt - Name, Adresse, Telefon:

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r):.....
Geburtsdatum:.....
Adresse:

Datum:.....Unterschrift Erziehungsberechtigte/r :.....

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes , zutreffendes bitte ankreuzen :

Alter des Kindes (Monate): _____ Muttersprache: _____
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
Leidet es an Allergien (Jod), Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein
Hat Ihr Kind eine Latexallergie (Luftballons, Handschuhe)? Ja Nein
Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein
Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? Ja Nein
Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? Ja Nein
Andere Erkrankungen? _____ Ja Nein

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja Nein

- Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?
 gar nicht manchmal 1 x täglich 2x täglich
- Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?
 gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta Erwachsenenzahnpasta
- Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein
- Ist Ihr Kind Daumenlutscher? ja nein
- Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein
Wenn ja, wann? warum?
.....

[Datum]

Unterschrift

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!