

## ZAP DR. A. TEGELER-Anamnesebogen für Kinder/ Jugendliche 6-17 Jahre

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

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

.....  
.

Bitte nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe!

### **Möchten Sie halbjährlich an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?**

JA  NEIN

wenn ja, per e-mail .....oder telefonisch.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?.....

[Datum]

**Unterschrift** .....

*Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.*

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**