

Anmeldebogen mit Anamnese für Kinder und Jugendliche Berlin, den _____

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis.

Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert und bitten Sie deshalb, folgende Fragen zu beantworten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Erziehungsberechtigter: _____

Anschrift (nur wenn abweichend): _____

Familienversichert bei (Name, Vorname, Geburtsdatum)? _____

gesetzlich

privat

Zusatzversicherung

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Normale Entwicklung des Kindes? Ja Anmerkung: _____ Nein

Allergien? Ja Wenn ja, welche? _____ Nein

Hat bzw. hatte Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Ja Wenn ja, welche? _____ Nein

Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung? Ja Warum? _____ Nein

Einschränkung von Sehkraft Gehör Sonstige? _____ Nein

Gelbsucht Herzerkrankungen/-fehler

Lunge/Asthma Diabetes

Nierenerkrankungen Krampfanfälle

ADHS/ADS Angstzustände

Blutgerinnungsstörung

Kinderarzt/Hausarzt: _____

Ernährung / Essgewohnheiten

überwiegend süß Obst Mischkost Fast Food deftig

Fruchtsäfte Limonaden Mineralwasser Tee gesüßt ungesüßt

Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? Ja Welche? Daumen/Finger Schnuller Nein

Sonstiges? _____

Bitte lesen Sie auch die Rückseite!

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? Ja Nein
Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
Wie oft? _____

Kieferorthopädische Behandlung? Ja Bei wem? _____ Nein
Hat Ihr Kind Beschwerden? Ja Welche? _____ Nein
Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Welche Leistungen sind für Sie interessant, worüber möchten Sie informiert werden?

- Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe Kariesrisikotest
 Ernährungsberatung Hochwertige Füllungen

Eigene Fragen/Wünsche: _____

Grund Ihres Besuches? _____

Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnern?

- Ja, ich möchte eine Erinnerung. Nein, ich möchte keine Erinnerung.
per Post / **per E-Mail** (E-Mail-Adresse lautet _____)
per SMS (Handynummer lautet _____)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert !

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Berlin, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Es ist uns rechtlich erlaubt, vereinbarte Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt werden (24 Stunden vor der Behandlung) angemessen in Rechnung zu stellen. Da dies natürlich nicht in unserem Sinne ist, bitten wir Sie daran zu denken, uns rechtzeitig anzurufen, falls es Ihnen einmal nicht möglich ist, uns zu besuchen.

Mit dieser Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre erhobenen Daten bzw. die Ihres Kindes gespeichert und ggf. von allen in der Praxis arbeitenden Mitarbeitern weiterverarbeitet werden.
Auch stimmen Sie zu, dass bei Bedarf Röntgenbilder per E-Mail an Dritte (z.B. Chirurgen, Kieferorthopäden o.Ä.) weitergeleitet werden dürfen.

Berlin, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

**Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**