



DrSusanneBerger

ZAHNMEDIZIN • VORSORGE • ÄSTHETIK

Liebe Eltern!

Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert. Deshalb bitten wir Sie, den speziellen Kinderanamnesebogen gewissenhaft auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. So helfen Sie uns Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen.

Ihre Zahnarztpraxis Dr. Susanne Berger

Name des Kindes

Vorname _____ Geburtstag _____
Straße, Nr. _____ Plz, Ort _____
Tel. privat _____ E-Mail _____
Mobil _____ Familienversichert bei _____

Erziehungsberechtigter

Name, Vorname _____
Geburtsstag _____
Arbeitgeber _____ Telefon _____
Versicherung / Krankenkasse _____
 gesetzlich privat Basis Beihilfe Zusatzversicherung

Pflegebedürftigkeit Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5
Gesetzlicher Vertreter? ja nein
Falls ja, Name und Anschrift _____

Wer ist Ihr Kinderarzt?

Name _____ Ort _____
Telefon _____

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Auf Sie zutreffendes bitte ankreuzen:

Entwickelt sich Ihr Kind normal? ja nein

Anmerkungen: _____

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Welche: _____

Allergiepass ja nein

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Daumen/Finger Schnuller Trinkfläschchen Sonstiges (BeiBring ...)

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? ja nein

Bei wem? _____

Aus welchem Grund? _____

bitte wenden ...

Allgemeine Gesundheitsinformation

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | | | |

Beschwerden: _____

Medikamenteneinnahme

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Ernährung

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> süß | <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> unkontrolliert | |
| <input type="checkbox"/> deftig | <input type="checkbox"/> Fast Food | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> viel |

Lieblingsessen: _____

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fruchtsäfte | <input type="checkbox"/> Mineralwasser |
| <input type="checkbox"/> Tee ungesüßt | <input type="checkbox"/> Tee gesüßt |

Putzt Ihr Kind alleine die Zähne? ja nein

- Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Bekommt Ihr Kind Fluoride? ja nein

Ist Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? ja nein

Hat Ihr Kind Angst? ja nein

Möchten Sie unseren Service nutzen, der Sie an die Vorsorgeuntersuchung für Ihr Kind per Post oder per E-Mail erinnert? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten