



Willkommen in unserer Praxis  
Neupatient Kind

**Patientendaten**

Name des Patienten \_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben**

Pflichtversichert ja  nein   
Freiwillig versichert ja  nein   
Haben Sie eine private Zusatzversicherung ja  nein   
Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja  nein

**Bitte bei einer Privatversicherung angeben**

Standardtarif? ja  nein   
Basistarif? ja  nein   
Studentisch versichert? ja  nein   
Beihilfeberechtigt? ja  nein

Telefon \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_  
Telefon Büro \_\_\_\_\_  
Email Adresse \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_

**Versichertendaten** (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten  oder Versicherten   
Versicherter \_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben**

Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Anschrift des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?  
telefonisch  per Email  per SMS

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.



Patient \_\_\_\_\_

### Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes? ja  nein

Anmerkung \_\_\_\_\_

Allergiepass vorhanden ja  nein

Allergien ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Sonstige Erkrankungen

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

Bei wem? \_\_\_\_\_

Warum? \_\_\_\_\_

Herzerkrankung / Herzfehler ja  nein

Diabetes ja  nein

ADHS / ADS ja  nein

Lunge / Asthma ja  nein

Blutkrankheiten ja  nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Daumen)? \_\_\_\_\_

Schnuller ja  nein

Wie oft putzt ihr Kind am Tag die Zähne? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja  nein

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja  nein

Was sollten wir bei der Behandlung Ihres Kindes besonders beachten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Beratungswunsch

Eigene Fragen / Wünsche

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Patient \_\_\_\_\_

### Grund Ihres Besuchs

- |  |                                     |                            |
|--|-------------------------------------|----------------------------|
| Kennenlernen einer Zahnarztpraxis                                    | ja <input checked="" type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Interesse an einem Mundgesundheitsprogramm für Kinder                | ja <input checked="" type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Dürfen wir Ihr Kind an regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erinnern?  | ja <input checked="" type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Dürfen Fluoridierungsmaßnahmen durchgeführt werden?                  | ja <input checked="" type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Dürfen wir bei Ihrem Kind erforderliche Röntgenaufnahmen anfertigen? | ja <input checked="" type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

Bei jeder Anaesthetie (Betäubungsspritze) besteht grundsätzlich das Risiko von Gegenreaktionen mit zeitlich begrenztem oder dauerhaftem Taubheitsgefühl und von Nervschädigungen. Als weitere Möglichkeit kommt die Betäubung von einzelnen Zähnen in Betracht (Betäubung über das Zahnfach). Ich habe eine Ausfertigung des Anamnesebogens erhalten. Ich bin mit der Versendung meiner Behandlungsdaten (Röntgenaufnahmen, Fotos, Berichte) in Form von Emails einverstanden, wenn dies für meine Behandlung erforderlich ist. Z.B. Gutachter, Krankenkasse, weitere Ärzte oder Zahnärzte.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_