



Anmeldebogen mit Anamnese für Kinder

Unser Ziel ist es, dass Sie sich bei uns rundum wohlfühlen, sollten daher von Ihrer Seite Wünsche oder Fragen aufkommen, so sprechen Sie uns bitte darauf an!

Kind:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Tel-Nr. _____

Krankenkasse: pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert: _____

Name Ihres Kinderarztes: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Allgemeine Krankenvorgeschichte:

Herzerkrankungen:

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzasthma, Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Kreislaufkrankungen:

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| zu hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| zu niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Störung der Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Stoffwechselerkrankungen:

| | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Infektionskrankheiten:

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis A/B) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| AIDS/ HIV | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Immunsystem: Leidet Ihr Kind unter Erkrankungen des Immunsystems? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Genetische Erkrankungen:

Leidet Ihr Kind unter genetischen Erkrankungen/Syndromen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Bitte wenden ->



Dres. Schönwälder
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Sind Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Laktoseintolleranz) _____

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Allgemeine Fragen:

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem und wann? _____

Knirscht oder presst Ihr Kind mit seinen Zähnen? Ja Nein

Hat Ihr Kind Probleme beim Sprechen? Ja Nein

Lutscht Ihr Kind Schnuller/Daumen? Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall, bei dem Mund/Gesicht verwundet wurden? Ja Nein

Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich? _____

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Süßigkeiten? Ja Nein

Benutzt Ihr Kind fluoridhaltige(s) Zahnpasta Speisesalz Tabletten Ja Nein

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? _____

Bestanden folgende Besonderheiten bei der Geburt Ihres Kindes? Ja Nein

Wenn ja, Frühgeburt? Kaiserschnitt? Zangengeburt?

Ist Ihnen die Gesundheit der Zähne Ihres Kindes wichtig? Ja Nein

Sind Sie an individuell vorbeugenden Maßnahmen für Ihr Kind interessiert? Ja Nein

Recall:

Bitte weisen Sie mich rechtzeitig auf den nächsten fälligen

Vorsorgeuntersuchungstermin meines Kindes hin: Ja Nein

Ihre Email Adresse _____

Zu Ihrer Information:

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichteinhaltung oder verspäteter Absage wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 98,00 Euro je angefangene halbe Stunde berechnet. Dieser Anspruch ist nach §615 BGB berechtigt.

Die Gebühr wird selbstverständlich nicht fällig, wenn in der vereinbarten Zeit ein anderer Patient behandelt wird und kein Ausfall entsteht.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Weitere Informationen über unser Leistungsspektrum erhalten Sie gerne im Voraus auf unserer Homepage:

www.dres-schoenwaelder.de

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Mithilfe!

Datum: _____ Unterschrift: _____

Gesetzlicher Vertreter des Kindes