

Kinderanamnesebogen

Personalien des Kindes:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____

Mit wem ist das Kind versichert?

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Krankenkasse - bitte auch Private Versicherung bzw. Beihilfe angeben _____

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig.

Erziehungsberechtigter: (bei geteiltem Sorgerecht bitte genaue Angaben):

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Bei welchem Arzt? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Leidet es an Allergien (Jod), Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein

Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)? Ja Nein

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? Ja Nein

Hat Ihr Kind Diabetes oder eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? Ja Nein

Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC) Ja Nein

Andere Erkrankungen? _____

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf- Kieferbereich angefertigt? Ja Nein

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Noch ein Hinweis:

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe. In den meisten Fällen sind diese ausreichend. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

_____, den _____

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten _____