



ANAMNESEBOGEN

Patient Name: Vorname:
geb.: männlich weiblich
Versicherter Name: Vorname:
geb.:
Tel.: Handy:

Anschrift:

Beruf/ Arbeitgeber:

Krankenkasse: Beihilfe ja nein

Überweisender Zahnarzt:

Kieferorthopäde:

War Ihr Kind schon in zahnärztlicher Behandlung? ja nein
Ist Ihr Kind sehr ängstlich? ja nein
Hat Ihr Kind „Löcher“ in den Zähnen? ja nein
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja nein
Wünschen Sie eine Behandlung unter Vollnarkose? ja nein
Mein Kind ist bereits in Vollnarkose zahnbehandelt worden ja nein
Hat Ihr Kind eine Erkrankung folgender Art?
Herz-Kreislaufkrankungen ja nein
Allergien: ja nein
Asthma ja nein
Epilepsie ja nein
Blutungsneigung ja nein
Infektionskrankheiten ja nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein
Welche?

Sonstige Erkrankungen.....

Mein Kind besucht den Kindergarten die Schule

Wie haben Sie unsere Praxis gefunden?

Zahnarzt/Überweiser Gelbe Seiten Flyer Internet Bekannte

Ihre Angaben werden von uns gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.
Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

.....
Datum Unterschrift