

Anamnesebogen Jugendlicher 10 – 18 Jahre



Name

Vorname

geboren am

Geburtsort

Erziehungsberechtigter Mutter Vater abweichende Person getrennt lebend

Hauptversicherter Mutter Vater abweichende Person

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ / Ort

geboren am

Telefon

Mobil

E-Mail

Als Serviceleistung bieten wir Ihnen die Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail an. Sollte dies ausdrücklich nicht gewünscht sein, teilen Sie es uns bitte mit.

Krankenkasse

privat versichert beihilfeberechtigt gesetzlich versichert Zusatzversicherung

Überweiser Name

Überweiser Anschrift

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Woche

Besteht eine der folgenden Krankheiten?

Wenn ja, welche?

Herzerkrankungen, Herzfehler, Herzgeräusche Ja Nein

Tumore Ja Nein

Angeborene Erkrankungen Ja Nein

Fehlende Impfungen? Ja Nein

Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis, TBC, HIV Ja Nein

Sonstige Krankheiten/Auffälligkeiten Ja Nein

Nachgewiesene Allergien Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Patient

Überweiser Hauptversicherter

Krankheiten

bitte wenden >

Wenn ja, welche?

Pflegestufe Ja Nein

Nachweis vorhanden Ja Nein

Sonstiges

Asthma Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Chronische Bronchitis Ja Nein

Epilepsie, Fieberanfälle Ja Nein

Liegt ein Endokarditispass (Herzpass) vor? Ja Nein

Hörprobleme Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein

Sehprobleme Ja Nein

Geistige Entwicklungsverzögerung Ja Nein

Vitamin B12-Mangel Ja Nein

Lernschwäche/AD(H)S Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Krankheiten

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt? Positiv 😊 neutral 😐 ängstlich 😞 erster Zahnarztbesuch

Gab es bei den vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, dass Ihr Kind gestört hat?

Was ist der Grund des heutigen Besuches?

Bekommt ihr Kind Fluoridtabletten? Ja Nein

Wird/wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Werden die Zähne Ihres Kindes mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta geputzt? 1000 ppm 1400 ppm Zahnpasta ohne Fluorid

Wird Elmex Gelee zusätzlich verwendet? Ja Nein

Was ist das Hauptgetränk Ihres Kindes?

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Freunde/Bekannte Hauszahnarzt Internet Zeitung/Flyer

Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder diese spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir behalten uns vor, für versäumte und nicht abgesagte Termine, die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen, und zwar mit 50 € pro halber Stunde.

Datenschutzhinweise

Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist für die Behandlung im Gesundheitsbereich nach Art. 6 Abs. 1b, 9 Abs. 2 h DSGVO zulässig. Es bedarf daher keiner gesonderten Einwilligung des Patienten.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden sie in unserer Patienteninformation, auf unserer Webseite oder sprechen Sie uns einfach dazu an.

Datum, Unterschrift (erziehungsberechtigte Person)

Ihr Besuch bei uns