

Ein herzliches Lächeln für Gross & Klein

Zahnarztpraxis Dres. Hübner · Forstenrieder Str. 1 · D-82061 Neuried
Tel (089) 75 11 66 · Fax (089) 759 64 65
E-Mail: info@huebner-zahnaerzte.de · www.huebner-zahnaerzte.de



Anamnesebogen für Kinder

Sehr verehrte Eltern,

wir freuen uns, Sie mit Ihrem Kind in unserer Praxis begrüßen zu dürfen und möchten Sie um folgende Angaben bitten:

Allgemeine Angaben zum Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, haben Sie eine Zahnzusatzversicherung für Ihr Kind? _____

Adresse: _____

Kinderarzt: _____

Allgemeine Angaben zu den Eltern:

Name des versicherten Elternteils: _____

Geburtsdatum des versicherten Elternteils: _____

Berufe der Eltern: _____

Adresse, falls von oben abweichend: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

mobil: _____ E-Mail: _____

Wurden wir Ihnen empfohlen? Wenn ja, durch wen? _____

Spezielle Angaben zum Kind:

Grund des heutigen Zahnarztbesuches: _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Besteht eine Zahnbehandlungsangst? _____

Hobbys: _____



Trifft eine der nachfolgenden Erkrankungen auf ihr Kind zu?

- Allergien, welche?
- Asthma
- Zuckerkrankheit
- Herzerkrankung
- Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)
- Immunschwäche (AIDS)
- Häufige fieberhafte Infekte
- Sonstige Erkrankungen

Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein? Wenn ja welche? _____

Verliefen Schwangerschaft und Geburt normal? _____

Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Zahn-Mund-Kieferbereich? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? _____

Wurde bereits eine Röntgenaufnahme im Zahnbereich angefertigt? Wann? _____

Spezielle Angaben zu den Eltern:

Mutter Vater

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu Zahnstein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu Karies? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besteht bei Ihnen Zahnbehandlungsangst? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Allergien, welche? |

Vielen Dank für Ihre Angaben.

_____ Datum

_____ Unterschrift