



## KINDERANAMNESE- UND BERATUNGSBOGEN DER ZAHNARZTPRAXIS

*Bitte füllen Sie den Bogen für Ihr Kind aus, da zahnärztliche Behandlungen Auswirkungen auf unterschiedlichste Krankheiten haben können. Herzlichen Dank! Ihr Praxisteam*

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Adresse: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Familienversichert bei: ☐ Vater ☐ Mutter ☐ gesetzlich ☐ privat

Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort

Geburtsdatum

Name der Krankenkasse

tagsüber erreichbar unter Tel.nr.:

abends unter:

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

- ☐ Daumen, Finger
- ☐ Schnuller
- ☐ sonstiges wie Beißring, Trinkfläschchen, o.ä.

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ ja

Wenn ja, bei wem?

☐ nein

War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Kind Allergien?

☐ ja ☐ nein

Allergiepass wenn vorhanden bitte vorlegen.

Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bei wem?

Name/Adresse/Telefon:

Kinderarzt Name/Adresse/Telefon:

Hatte oder hat Ihr Kind folgende Krankheiten?

Gelbsucht

☐ ja

Sonstige Krankheiten? ☐ ja

Herzfehler/krankheit

☐ ja

Lunge/Asthma

☐ ja

Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten? ☐ ja

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine? ☐ ja ☐ nein

Wie oft täglich?

Dürfen wir Sie an die Vorsorgetermine kostenfrei erinnern? ☐ ja

Interessieren Sie sich für folgende Leistungen, auch wenn diese von der gesetzlichen Krankenkasse evtl. nicht übernommen werden?

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne ☐ ja

Ernährungsberatung ☐ ja

Speicheltest zur Bestimmung des Kariesrisikos ☐ ja

Hochwertige Füllungen ☐ ja

Herzlichen Dank, Sie haben uns geholfen, noch individueller auf Ihre Wünsche einzugehen.

Datum, Unterschrift: