



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: