

**Anamnesebogen zur Anmeldung**

**Patient** Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

**Vater** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

**Mutter** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

**Anschrift** Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigt?**      **Beide ( )**      **Mutter ( )**      **Vater ( )**      **Sonstige**  
   **Leben zusammen ( )**      **leben getrennt ( )**

**Über wen ist das Kind versichert?**      **Mutter ( )**      **Vater ( )**      **Sonstige ( )**

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_ **Pflichtversichert / Privat / Beihilfe /**

**Haben Sie eine zahnärztliche Zusatzversicherung für Ihr Kind?** \_\_\_\_\_

Name des Kinderarztes \_\_\_\_\_

**Allgemeine Situation:**

Hatte, oder hat Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen

Herzerkrankung	ja/nein	Stoffwechselerkrankungen, Diabetes	ja/nein
Asthma / Atemnot	ja/nein	Blutgerinnungsstörungen	ja/nein
Allergien	ja/nein	Welche? _____	
Leber- oder Nierenerkrankung	ja/nein	Epilepsie, Fieberkrämpfe	ja/nein
Lernschwäche oder Sprachprobleme	ja/nein	Genetische Erkrankungen	ja/nein
Infektionskrankheiten, Hepatitis, HIV	ja/nein		

Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Fehlen Impfungen bei Ihrem Kind? \_\_\_\_\_ Ja/nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt Ihres Kindes? \_\_\_\_\_ Ja/nein

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? \_\_\_\_\_ Ja/nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Behinderung? \_\_\_\_\_ Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Zahn-Mund-Situation**

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_ Ja/nein

Name des behandelnden Zahnarztes \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? \_\_\_\_\_ Ja/nein

Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? \_\_\_\_\_ Ja/nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund- Gesichtsbereich? \_\_\_\_\_ Ja/nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? \_\_\_\_\_ Ja/nein

Welche Hobbies hat Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? \_\_\_\_\_

**Wir weisen Sie daraufhin, dass für fest reservierte Termine bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage (48h vor Termin), eine Ausfallgebühr in Höhe von 75€ je angefangener halben Stunde, bei ITN 250 € geltend gemacht wird, falls dieser Termin nicht anders vergeben werden kann (nach § 615 BGB).**

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte/r