

## Zahnärztlicher Anamnesebogen

**Patient:** \_\_\_\_\_

**Name**

**Vorname**

**Geburtsdatum**

**Geburtsort**

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

**Mutter:** \_\_\_\_\_

**Name**

**Vorname**

**Geburtsdatum**

**Beruf**

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Vater:** \_\_\_\_\_

**Name**

**Vorname**

**Geburtsdatum**

**Beruf**

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Erziehungsberechtigter:

Mutter

Vater

Sonstige

\_\_\_\_\_

Krankenversicherung:

gesetzlich

privat

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Versichert bei:

Mutter

Vater

Sonstige

\_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!!!**

## Erhebung über vorhandene Krankheiten

Herz/ Kreislauferkrankung \_\_\_\_\_ Blutgerinnungsstörung \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ Magen/Darmerkrankungen \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung \_\_\_\_\_ Schilddrüsenerkrankung \_\_\_\_\_

Hepatitis \_\_\_\_\_ Tuberkulose \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_ HIV \_\_\_\_\_

Epileptische Anfälle \_\_\_\_\_

Körperliche/geistige Behinderung \_\_\_\_\_

Sonstige schwerwiegende Krankheiten \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind momentan Medikamente ein? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_ Grund des heutigen Besuches \_\_\_\_\_

## Wird Fluor eingenommen?

Fluoridiertes Kochsalz

Fluortabletten

Kinderzahnpaste

Juniorzahnpaste

Erwachsenenzahnpaste

ohne Fluor

## Putzgewohnheiten

per Hand

elektrisch

mit Hilfe der Eltern

Wie oft wird geputzt? \_\_\_\_\_

### Recall

ja, ich möchte per E-Mail an meinen Termin zur Vorsorgeuntersuchung erinnert werden

E- Mail- Adresse: \_\_\_\_\_

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Liebe Eltern,

wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für ihr Kind reservieren. Das erspart lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Ihr Kind da. Sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, geben Sie ihn bitte durch Ihre rechtzeitige Absage wieder frei. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt werden mit 75 Euro pro angefangene Stunde in Rechnung stellen müssen.

Darüber hinaus möchten wir Sie bitten, die Versichertenkarte Ihres Kindes immer bei uns vorzulegen, damit die erbrachten Leistungen abgerechnet werden können. Sollte die Versichertenkarte innerhalb von 10 Tagen, nach der letzten Behandlung, nicht nachgereicht werden, muss Ihnen eine Privatrechnung gemäß § 8 Abs. 2 BMV – Z, privat, in Rechnung gestellt werden.

Um Karies vorzubeugen, werden in unserer Praxis die Zähne regelmäßig fluoridiert. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie damit einverstanden sind.

Frankfurt am Main, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beider Erziehungsberechtigter\*

**\*Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.**