

Anamnesebogen ab 6 Jahre

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir einige Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes und eine Einwilligung aller Sorgeberechtigten in die Behandlung.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

gesetzl. Vertreter:

Adresse

Telefonnummer (Eltern):

Krankenkasse:

Name und Anschrift
des Hausarztes:

Leidet Ihr Kind untere einer Allergie?

Nein Ja, unter folgender:

Hat Ihr Kind eine Herz- Kreislaufferkrankungen?

Nein Ja, folgende:

Leidet Ihr Kind unter Diabetes?

Nein Ja

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt?

Nein Ja, zuletzt am:

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein Ja, folgende:

Gibt es weitere Erkrankungen?

Nein Ja, folgende:

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?

Wer putzt bei Ihrem Kind?

Kind

Eltern

Eltern + Kind

Welche Zahnpasta wird verwendet?

mit Fluorid

ohne Fluorid

weiß nicht

Benutzt Ihr Kind Zahnseide?

Nein Ja

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?

Nein Ja

Welche Getränke nimmt ihr Kind zu sich?

Wie viele Malzeiten hat Ihr Kind am Tag?

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ort/Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten

Einwilligungserklärung zur Behandlung minderjähriger Patienten

Sehr geehrte Eltern,

rechtlich müssen für eine Behandlung alle Sorgeberechtigten anwesend sein.
Möchten Sie Ihr Kind ohne persönliche Anwesenheit aller sorgeberechtigten Elternteile in unserer Praxis behandeln lassen, benötigen wir die Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten (ggf. mit Nachweis).

Ich/Wir willige(n) ein, dass zahnmedizinisch notwendige Behandlungen bei meinem/unserem Kind durchgeführt werden dürfen.

Folgende Personen dürfen mein Kind bei der Behandlung begleiten:

Die Einwilligung ist bis Widerruf gültig.

Ort/Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten