

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
E-Mail-Adresse: _____
Tel. Privat: _____
Handynr.: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
mitglied sind, wer ist Versicherter?
Name: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____
Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken? Zutreffendes bitte ankreuzen

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung? Wenn ja: Welche? ja / nein

(z.B. Herz-Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, Hepatitis, geistige / körperliche Behinderung)

Hat Ihr Kind Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)? ja / nein

Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten? ja/ nein

Wenn ja, welche: _____

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? ja/ nein

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche: _____

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? gar nicht manchmal 1 x täglich 2-3 x täglich

Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? morgens mittags abends vor dem Essen nach dem Essen

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind? gar keine fluoridfreie ZP Kinderzahnpasta Erw.zahnpasta
Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein (500 ppm Fluorid) (1000 ppm Fluorid)

Fand in den letzten zwei Jahren eine Röntgenuntersuchung (Zähne) statt? ja / nein

Wer ist der behandelnde Hauszahnarzt?: _____

Wer ist der Hausarzt/ Kinderarzt?: _____

Wir empfehlen Ihrem Kind die Teilnahme an unserem Prophylaxeprogramm (Kostenübernahme durch KV).

Haben Sie daran Interesse? ja / nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!
Ihr Praxisteam Dres. Hillgärtner & Dr. Kramer

Greven, den _____

Erziehungsberechtigter