

Kinderanamnesebogen der Zahnärztlichen Praxis Düsternbrook

Datum: _____

Name, Vorname
des Kindes: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Familienversichert bei: Vater gesetzlich Name der Krankenkasse:
Mutter Privat _____

Name, Vorname : _____
Adresse (Erziehungsberechtigter) _____

tagsüber erreichbar unter: _____ abends unter: _____

Was ist der Grund Ihres Besuches: _____

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind? Daumen, Finger sonstiges wie Beißring
Schnuller Trinkfläschchen o.ä. _____

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Hat Ihr Kind Allergien (bitte Allergiepass vorlegen) ja nein Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, bei wem? _____

Kinderarzt: _____

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?

Gelbsucht ja nein
Herzfehler /-krankheit ja nein
Lunge / Asthma ja nein

Sonstige Krankheiten: _____

Gibt es sonst noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten? _____

Putzt Ihr Kind seine Zähne allein? ja nein Wie oft täglich?
Dürfen wir Sie an die Vorsorgetermine erinnern? ja nein

Interessieren Sie sich für folgende Leistungen, auch wenn diese von der gesetzlichen Krankenkasse evtl. nicht übernommen werden? ja
- Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne ja
- Speichelttest zur Bestimmung des Kariesrisikos ja
- Hochwertige Füllungen ja
- Ernährungsberatung ja