

Die Zahnärztinnen
Dr. Uta Salomon M.Sc. - Dr. Katja Helmer

Wendelgardstraße 21 - 88045 Friedrichshafen
Telefon: 07541-22336 - Telefax: 07541-355624

Kinderanamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____

Tel. Privat: _____
Tel. Mobil: _____

Angaben Mutter oder Vater:
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Bisheriger Zahnarzt: _____
letzter Zahnarztbesuch: _____
Kinderarzt: _____

Wer ist Erziehungsberechtigte(r)?
Vater Mutter Sonstige

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____
Grund des heutigen Zahnarztbesuches: _____
Hatte ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? ja / nein
Hat Ihr Kind einen Spitznamen? _____
Wie heißt das Lieblingsspielzeug / Schmusetier? _____
Vor was hat Ihr Kind Angst? _____
Was isst Ihr Kind zum Frühstück? _____
Was trinkt Ihr Kind? _____
Wie schätzen Sie den Charakter Ihres Kindes ein? _____

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten / Schwächen?

Spastik	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Lernbehinderung	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Hörstörungen	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Tuberculose	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit / Diabetes	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Erkrankungen des Blutes	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Lungenerkrankung	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Nervenerkrankung	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Lebererkrankung / Gelbsucht	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Rheuma / Rheumatisches Fieber	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Nierenerkrankung	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Magen- Darmerkrankung	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Angeborener oder erworbener Herzfehler	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Herzoperation	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Immunschwäche (AIDS)	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
Allergie	ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>

Wenn ja, Welche? _____

Sonstiges: _____

Die Zahnärztinnen
Dr. Uta Salomon M.Sc. - Dr. Katja Helmer
Wendelgardstraße 21 - 88045 Friedrichshafen
Telefon: 07541-22336 - Telefax: 07541-355624

Zusätzliche Angaben:

- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ ja / nein
O Fluoridtabletten
- Verliefen Schwangerschaft und Geburt Ihres Kindes normal? ja / nein
Wenn nein, warum? _____
- Wie war das Gewicht Ihres Kindes bei der Geburt? _____ Kilogramm
Wie viel wiegt Ihr Kind aktuell? _____ Kilogramm
- Atmet Ihr Kind durch den Mund? ja / nein
- Hatte Ihr Kind bisher fieberhafte Erkrankungen? Wenn ja, in welchem Alter? _____ ja / nein
War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? ja / nein
Hatte Ihr Kind einmal einen schweren Unfall? ja / nein
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Friedrichshafen, den

Unterschrift Erziehungsberechtigte (r)

Abrechnung

Unsere private Abrechnung erfolgt durch die Abrechnungsgesellschaft EOS Heath AG.

Im Falle einer privaten Behandlung / Zuzahlung werden wir Sie bitten, die Einverständniserklärung zu unterschreiben.