



Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir Sie und ihr Kind in unserer Praxis kennen lernen, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikoarme Behandlung.

Wir versichern, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Betreuung dem Gesundheitszustand des kleinen Patienten anzupassen.

Ihr Praxisteam Dr. Meyer-Marcotty & Dr. Büttinghaus

I. Persönliche Angaben

Name/Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Versicherter
Name/Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Straße _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon Privat: _____

Geschäftlich: _____

Telefon Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse _____

Pflichtversichert Freiwillig versichert
 Zusatzversicherung Beihilfe

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung von: _____

Überweisung durch: _____

Internet Telefonbuch

Sonstiges _____

II. Zahnmedizinische Anamnese

Welches Anliegen führt Sie und ihr Kind in unsere Praxis?

Aktuell: _____

Langfristig: _____

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch ihres Kindes zurück? Welche zahnärztlichen Maßnahmen wurden getroffen bzw. besprochen?

Was ist Ihnen im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Betreuung ihres Kindes besonders wichtig?

III. Medizinische Anamnese

Befindet sich ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Kinderarzt: _____

Befindet sich ihr Kind in homöopathischer Behandlung?

ja nein



Anamnesebogen - Kinder

Herz/Kreislauf

- Herzfehler
- künstliche Herzklappe
- Herzschwäche
- oder _____

Atemwege/ Lunge

- Asthma
- Lungenentzündung
- chronische Bronchitis
- Schlafapnoe
- Schnarcht ihr Kind?

Medikamenteneinnahme
oder _____

Infektionskrankheiten

- Hepatitis
- A
 - B
 - C
 - HIV-Infektion

Nieren

- Dialysepflichtigkeit

Magen, Darm

- Verdauungsstörungen

Stoffwechsel

- Diabetes mellitus Typ I

Nerven

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- oder _____

Blut

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten
- häufiges Nasenbluten
- oder _____

Erkrankungen der Haut

Welche ? _____

Allergien

- Überempfindlichkeit gegen
- Nahrungsmittel
- Fruchtzucker
- Medikamente
- Jod
- Pflaster
- Latex (Handschuhe)
- Heuschnupfen
- oder _____

Regelmäßige

Zur Kenntnis genommen

Datum

Unterschrift