



KINDERANAMNESEBOGEN

PATIENT KIND:

Name: Vorname:
Geburtsdatum: PLZ:
Straße: Wohnort:
Kindersarzt:

VERSICHERTER ELTERNTEIL / GESETZL. VERTRETER:

Name: Vorname:
Geburtsdatum: PLZ:
Straße: Ort:
Telefon: Mobil:

Arbeitgeber:
.....

Gesetzliche Krankenkasse:

Private Versicherung:

Privat Basistarif Kostenerstattung

Alleiniges Sorgerecht

Gemeinsames Sorgerecht

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Überweisung
- Empfehlung Freunde / Bekannte
- Telefonbuch / Gelbe Seiten
- Internet
- Zeitungsanzeige
- Vorträge
-

Bitte beantworten Sie uns noch die umseitig aufgeführten Gesundheitsfragen, damit wir besser auf Ihre Probleme eingehen und allgemeinmedizinische Risiken vermeiden können. Ihre persönlichen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.



EIN PAAR DINGE, DIE WIR ÜBER IHR KIND WISSEN MÖCHTEN.

Bitte kennzeichnen mit JA / NEIN.

JA NEIN

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Ist Ihnen eine Unverträglichkeit bei bestimmten Medikamenten bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
W War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmet Ihr Kind häufig mit offenem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind einen Beruhigungssauger und/oder eine Trinkflasche mit Sauger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lutscht Ihr Kind am Daumen bzw. an den Fingern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bei Ihrem Kind Zähneknirschen oder -pressen beobachtet?		
Wann fand im Babyalter der erste Milchzahndurchbruch statt?		
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung (Zahnspange)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen / Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Allgemeinerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erteilt zu haben und verpflichte mich, eintretende Änderungen des Gesundheitszustandes während der gesamten Behandlungsdauer mitzuteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, mitgebrachte und hier erhobene Befunde und Röntgenbilder, Karteikarteneinträge und andere Aufzeichnungen von allen Mitgliedern und Mitarbeitern der AVADENT CLINIC DR. HENRICH & COLL. eingesehen werden dürfen und dass sie in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Studien ausgewertet werden können.

Anmeldebogen wird Ihnen bei Ihrem Besuch in der Avadent Clinic zur Unterschrift vorgelegt.

.....
Datum Unterschrift