

Kids & TEENS ZAHNMEDIZIN

Dr. Uta Salomon M.Sc.

Wendelgardstraße 21 - 88045 Friedrichshafen
Telefon: 07541-22336 - Telefax: 07541-356624

Kinderanamnese

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Mobil: _____

Bisheriger Zahnarzt: _____

letzter Zahnarztbesuch: _____

Kinderarzt: _____

Angaben Mutter oder Vater:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

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: _____

Kids & TEENS ZAHNMEDIZIN

Dr. Uta Salomon M.Sc.

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

Hat Ihr Kind bereits eine Tetanusschutzimpfung bekommen? 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 Health Coevo AG.

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