



Anamnesebogen

Wir bitten Sie, dieses Anmeldeformular sowie den Gesundheitsfragebogen auf der Rückseite möglichst exakt auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kind:

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte Person:

Familienname: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. Privat (Eltern): _____ Tel. Natel: _____ Geschäft (Eltern): _____

E-Mail: _____ @ _____

Beruf/ Arbeitgeber der Mutter: _____

Beruf/ Arbeitgeber des Vaters: _____

Allgemeine Fragen

Beziehen Sie Zusatzleistungen? (IV, Sozialamt, Fürsorgeamt, Asylorganisation usw.) ja nein

Hat Ihr Kind zurzeit akute Zahnschmerzen? ja nein

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? ja nein

Musste bereits einmal eine Zahnbehandlung erfolglos abgebrochen werden? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Zahnunfall? ja nein

Medizinische Fragen

Kinderarzt, Name und Ort: _____

Hat Ihr Kind angeborene Krankheiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind in letzter Zeit ärztlich behandelt? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Nimmt es regelmässig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wie häufig? _____

Bitte füllen Sie auch die Rückseite des Fragebogens aus

Gesundheitszustand

Leidet Ihr Kind an nachfolgenden Krankheiten?

Herzfehler oder sonstige Herzerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien:

Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf gewisse Medikamente oder Materialien? ja nein

Wenn ja, auf welche? _____

Hat Ihr Kind einen Allergiepass? ja nein

Leidet es an Asthma oder Heuschnupfen? Wenn ja, bitte zutreffendes unterstreichen. ja nein

Blut- und Infektionserkrankungen

Blutungsneigung, Hämophilie? ja nein

Wenn ja, eventuell aufgrund welcher Erkrankung? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Nachblutung nach einem zahnärztlichen Eingriff? ja nein

HIV / AIDS? ja nein

Gelbsucht (Hepatitis) A / B / C? ja nein

Wenn ja, wann wurde die Erkrankung festgestellt? _____

Sonstige Erkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Epilepsie, Krampfanfälle? ja nein

Tumorerkrankungen (Krebs, Leukämie)? ja nein

Wenn ja, welche / wann? _____

Andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten inklusive Röntgenbilder und Fotos zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen mit einer der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen Person ausgetauscht werden dürfen (z.B: Versicherung, Krankenkasse, Arzt oder Zahnarzt)

Bei Veränderungen am Gesundheitszustand des Kindes oder der Telefonnummer, bitte uns diese Änderungen zeitnah mitzuteilen.

Datum: _____

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: _____

Ab 12. Lebensjahr Unterschrift des Kindes: _____

Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden im Voraus. Sie ersparen sich damit dessen Berechnung. Vielen Dank