



# Herzlich willkommen!

Wir bitten Sie, diesen Anamnesebogen für Ihr Kind gewissenhaft auszufüllen und Zutreffendes anzukreuzen.  
Auch Allgemeinerkrankungen und Operationen sind für die zahnärztliche Behandlung relevant.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  m  w  d

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Handynummer \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert  | <input type="checkbox"/> privat versichert – Basistarif<br>(schriftl. Nachweis erforderlich) |
| <input type="checkbox"/> familienversichert    | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Zahn-Zusatzversicherung   |

Erziehungsberechtigte / r: Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Familienversichert bei: Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ ggfs. abweichende Rechnungsanschrift \_\_\_\_\_

## Allgemeiner Gesundheitszustand

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                | <input type="checkbox"/> Allergien: _____  |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck         | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten: _____  |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher     | <input type="checkbox"/> Herz- / Kreislaufkrankungen: _____  |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler     | <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente: _____  |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung       | <input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente (v.a. bei Knochenerkrankungen / Bisphosphonate): _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie             | _____  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | _____  |
| <input type="checkbox"/> Glaukom / Grüner Star | _____  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____      | <input type="checkbox"/> Arzneimittelunverträglichkeiten: _____                                      |
| _____  | <input type="checkbox"/> OPs in den letzten 12 Monaten und / oder geplante OPs: _____                |
| _____  | _____  |

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____ | <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung: _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
|--|--|---|

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen der persönlichen oder gesundheitlichen Daten meines Kindes werde ich Sie zeitnah informieren.

**X** \_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der erziehungsberechtigten Person