

Dr. Koravi

Rathenaustraße 2, Etage 4
45127 Essen



ANAMneseBOGEN

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Allgemeine Angaben

Patient Kind Name _____ Vorname _____
geb. am _____ männlich weiblich

Erziehungsberechtigter Mutter Vater beide

Kind ist versichert über Mutter Vater

Beruf der Eltern Mutter _____ Vater _____

Name der Krankenkasse _____ beihilfeberechtigt zusätzlich versichert
 freiwillig versichert Standardtarif

Name des Kinderarztes _____

Anschrift des Kinderarztes PLZ _____ Ort _____
Straße/Nr. _____

Allgemeine Situation

1. Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallgeschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hör- oder Sehprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionen, z. B. Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hat Ihr Kind Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

3. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte wenden! Weitere Angaben auf der Rückseite.

Zahn-Mund-Situation

1. Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

2. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein

Name des behandelnden Zahnarztes: _____

3. Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

4. Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Name des Kieferorthopäden: _____

5. Bekommt Ihr Kind noch das Fläschchen? Wenn ja, was trinkt Ihr Kind aus der Babyflasche?

Ja, und zwar: _____ Nein

6. Benutzt Ihr Kind einen Schnuller oder es nuckelt am Daumen? Ja Nein

7. Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt?

8. Wie haben Sie von uns erfahren?

Kita Bekannte Internet Gelbe Seiten Zeitung Kinderarzt

Angaben zu den Eltern

Mutter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift PLZ _____ Ort _____

Straße/Nr. _____

Telefon tagsüber erreichbar unter _____ mobil _____

Vater Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift PLZ _____ Ort _____

Straße/Nr. _____

Telefon tagsüber erreichbar unter _____ mobil _____

Bitte beachten Sie die folgenden Dinge, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen:

1. Erscheinen Sie möglichst 15 Minuten vor dem Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich zu akklimatisieren.
2. Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um den Kinderzahnärzten eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
3. Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“ etc.

Vielen Dank!

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Datum

Unterschrift (des/der Erziehungsberechtigten)