

**Dr. med. dent. Sonja Preußer  
Zahnärztin**

Giesdorfer Straße 12 - 50997 Köln  
Telefon: 02233 - 2 36 30 - Telefax: 02233 - 209761

## Anmeldebogen mit Anamnese für Kinder

**Kind:**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Versicherungsmitglied:**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Wer soll bei Privatleistungen die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte:  Vater  Mutter  Sonstige \_\_\_\_\_  
Kinderarzt: \_\_\_\_\_

**Spezielle Anamnese:**

Grund des heutigen Zahnarztbesuchs? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  ja  nein  
Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich?  ja  nein  
Hat Ihr Kind einmal schlechte Erfahrungen bei einem Zahnarzt gemacht?  ja  nein

**Allgemeine Anamnese:**

Trifft eine der folgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Herzerkrankungen  Nierenerkrankungen  
 Infektionserkrankungen  Lungenerkrankungen  
(HIV, Hepatitis, Tbc)  Lernbehinderung  
 Asthma  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind unter Allergien oder verträgt es bestimmte Stoffe nicht (Medikamente/Metalle)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Fluoridanamnese:**

Bekommt oder benutzt Ihr Kind:  Kinderzahnpaste mit Fluorid  Fluoridtabletten  
 Erwachsenen-/Juniorzahnpaste mit Fluorid  fluoridiertes Speisesalz

**Anamnese der Eltern:**

Sind bei den Eltern Allergien bekannt?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Neigt einer der Eltern zu:

Karies  Zahnstein  Zahnfleischbluten  Zahnarztangst

Möchten Sie regelmäßig an eine fällige Nachkontrolle Ihres Kindes erinnert werden?  ja  nein

Wurde Ihnen meine Praxis durch jemanden empfohlen?  ja  nein

Wenn ja, von wem \_\_\_\_\_

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie daher, die Termine pünktlich einzuhalten bzw. ggf. frühzeitig - **spätestens 24 h vorher** - abzusagen. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von 49 Euro pro halbe Stunde in Rechnung zu stellen, es sei denn, Sie bleiben unverschuldet vom Behandlungstermin fern. In diesem Fall sind dem Zahnarzt die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich das wahrheitsgetreue Ausfüllen und Kenntnisnahme des Fragebogens. Bei Änderungen werde ich meinen Zahnarzt direkt informieren.

**Köln, den** \_\_\_\_\_

(Unterschrift)#