

Aufnahmebogen für Kinder & Jugendliche
Zahnarztpraxis Beate Schönberger



Liebe Eltern,
dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes in unserer Praxis. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Kind

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Hausnr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Versicherter

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Hausnr. _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon privat _____ geschäftlich _____

E-Mail-Adresse (ggf.) _____

Krankenkasse _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie von uns an einen Kontrolltermin für Ihr Kind erinnert werden? nein ja
wenn ja per Postkarte per E-Mail per SMS

Anamnese Ihres Kindes

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma Zuckerkrankheit Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) Rheuma
 Erkrankungen des Blutes Tuberkulose

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? nein ja

Bestehen sonstige Krankheiten? nein ja wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? nein ja wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? nein ja wenn ja, welche? _____

Ist Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? nein ja

Warum besuchen Sie uns? Kontrolle Schmerzen Zahnfehlstellung

Gibt es Erfahrungen? Welche? Gab es bisher eine Narkosebehandlung? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.
Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine privat in Rechnung zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____