

## ANAMNESEBOGEN / ERHEBUNGSBOGEN

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

### ALLGEMEINE ANGABEN

**Patient Kind** Name\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
geboren am\* \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  
Geburtsort \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigter \***  Mutter  Vater  sonstige \_\_\_\_\_

**Kind lebt bei \***  Mutter  Vater  alleine/sonstiges \_\_\_\_\_

**Kind ist versichert über \***  Mutter  Vater  selbstversichert

**Rechnungen gehen an \***  Mutter  Vater  sonstige \_\_\_\_\_

**Gesetzliche Krankenkasse\*** \_\_\_\_\_ Hat Ihr Kind eine Zahnzusatzversicherung Ja  Nein

**Private Versicherung\*** \_\_\_\_\_  beihilfeberechtigt  Basistarif

**Name des Kinderarztes** \_\_\_\_\_

**Anschrift** Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

\* Pflichtfelder

### ANGABEN ZU DEN ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN\*

**Mutter** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geboren am \_\_\_\_\_

**Anschrift**  
 wie Kind Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
(bitte nur ausfüllen, falls abweichend von Kind)

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Vater** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geboren am \_\_\_\_\_

**Anschrift**  
 wie Kind Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
(bitte nur ausfüllen, falls abweichend von Kind)

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Beruf der Eltern** Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN!**  
WEITERE ANGABEN AUF DER RÜCKSEITE!

#### MEINE ZAHNÄRZTE ZMVZ GmbH

GESCHÄFTSFÜHRER:  
Dr. Christopher Schmid MBA MSc.  
Amtsgericht: Bad Homburg v.d.H.  
HRB 15501

FON: 060 81 - 94 29 - 0  
FAX: 060 81 - 94 29 - 29  
MAIL: INFO@MEINE-ZAHNAERZTE.DE  
WEB: WWW.MEINE-ZAHNAERZTE.DE

Deutsche Bank AG • BIC: DEUTDE33HAN  
IBAN-CODE: DE98 5007 0024 0036 8134 00  
UMSATZSTEUER-ID: DE 1605 5885 9  
STEUER-NR.: 003 239 46063



### 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"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie (Krampfanfälle)	<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"/>

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

2. Hat Ihr Kind Allergien?

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

3. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

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

### ZAHN-MUND-SITUATION

1. Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

2. Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt? \_\_\_\_\_

3. Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Name des Kieferorthopäden: \_\_\_\_\_

4. Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? \_\_\_\_\_

5. Wie wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam? (Internet Werbung, Facebook, Google, Plakate, etc.) \_\_\_\_\_

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

1. Erscheinen Sie bitte 10 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich zu akklimatisieren.
2. Versuchen Sie sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um den Kinderzahnärzten eine optimale Verhaltensführung zu ermöglichen.
3. Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“ etc.
4. Bitte teilen Sie uns unverzüglich Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten und Daten Ihres Kindes werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert. Die Weitergabe an Dritte (Röntgenbilder an ihren Zahnarzt, Patientendaten für Behandlungen in Sedierung oder Daten für das externe Labor zur Untersuchung von histologischem Material) erfolgt mit Ihrem Einverständnis als Erziehungsberechtigte. Patienteninformationen zum Datenschutz erhalten Sie am Empfang sowie auf unserer Website: [www.meine-zahnaerzte.de](http://www.meine-zahnaerzte.de).

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 §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Erlaubnis zur Terminierung telefonisch bzw. E-Mail

Ja Nein

Ich bestätige die Kenntnisnahme, mein Einverständnis und die Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (des/der Erziehungsberechtigten)