# Kinder-Anamnesebogen der Acura Dental MVZ GmbH Mössingen

Grasshoppersstraße 39 | 72116 Mössingen
Telefon: 07473-8442 | Telefax: 07473-922595

**Liebe Eltern,** um Ihrem Kind die bestmögliche medizinische Behandlung zukommen zu lassen, ist es wichtig, dass Sie alle nachfolgenden Fragen gewissenhaft und vollständig beantworten. Sollten Sie Verständnisprobleme haben, fragen Sie uns bitte.

_____
Name des Kindes Vorname des Kindes

_____
Geburtsdatum des Kindes Geburtsort des Kindes

_____
Adresse: PLZ/Ort Straße Telefon privat

Krankenversicherung: ○ gesetzlich ○ privat ○ beihilfeberechtigt

Name der Krankenkasse: _____

○ selbst versichert ○ mitversichert bei:

_____
Name des Versicherten/Erziehungsberechtigte/r Vorname

_____
Geburtsdatum des Versicherten/Erziehungsberechtigte/r

_____
(falls abweichend): PLZ/Ort Straße

_____
Telefon privat E-Mail-Adresse

_____
Kinderarzt PLZ/Ort

Wer ist erziehungsberechtigt?
○ Vater ○ Mutter ○ andere Person: _____

Wer hat uns empfohlen / Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Familie ☐ Freunde ☐ Internet ☐ Überweisung durch anderen Zahnarzt

☐ Sonstiges _____

# Kinder-Anamnesebogen der Acura Dental MVZ GmbH Mössingen

Grasshoppersstraße 39 | 72116 Mössingen
Telefon: 07473-8442 | Telefax: 07473-922595

**War Ihr Kind schonmal beim Zahnarzt?**

☐ Nein, erster Zahnarztbesuch

☐ Ja.
Wie war die Erfahrung, die Ihr Kind gemacht hat?
☐ positiv ☐ neutral ☐ negativ

**Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Asthma | ○ | Lungenerkrankung | ○ |
| Zuckerkrankheit | ○ | Erkrankung des Blutes | ○ |
| Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | ○ | Lebererkrankung/Gelbsucht | ○ |
| Hörstörungen | ○ | Rheuma/rheumatisches Fieber | ○ |
| Spastik | ○ | Nervenerkrankung | ○ |
| Schilddrüsenerkrankung | ○ | Magen-Darm-Erkrankungen | ○ |
| Nierenerkrankung | ○ | Immunschwäche (AIDS) | ○ |

**Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?** Ja ○ Nein ○

Wenn ja, welche: Angeborene Herzfehler ○
Erworbene Herzfehler ○
Herzoperationen ○ Jahr: _____
Sonstiges: _____

**Bestehen sonstige Erkrankungen?** Ja ○ Nein ○

Wenn ja, welche? _____

**Hat Ihr Kind Allergien?** Ja ○ Nein ○

Wenn ja, welche? _____

**Nimmt Ihr Kind Medikamente?** Ja ○ Nein ○

Wenn ja, welche? _____

Nicht wahrgenommene Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, werden wir gemäß der aktuellen Rechtsprechung mit 100€ pro Stunde in Rechnung stellen. Mit nachfolgender Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen des Gesundheitszustandes meines Kindes dem behandelnden Zahnarzt / der behandelnden Zahnärztin unverzüglich mitzuteilen. Bei Minderjährigen bestätigen die Erziehungsberechtigten durch ihre Unterschrift die Richtigkeit der Angaben.

_____

**Datum** **Unterschrift des Erziehungsberechtigten**