



AUFNAHMEBOGEN FÜR KINDER

Sehr geehrte Eltern,

um die Zähne Ihres Kindes optimal versorgen zu können, benötigen wir noch einige Angaben. Dies ist wichtig für eine adäquate und ausgewogene Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:
Name Vorname geb. am

Erziehungsberechtigter:

Mutter:
Name Vorname geb. am

Vater:
Name Vorname geb. am

Sonstige:
Name Vorname geb. am

Anschrift:
Straße Wohnort

versichert bei:

Tel. beruflich: Tel. privat:

Handy:

Überweiser (Zahnarzt/Kieferorthopäde/Kinderarzt/Hausarzt/ Sonstige)

.....

Grund Ihres Zahnarztbesuches (Schmerzen, Kontrolle, Unfall, Auffälligkeiten)

.....

Was erwarten Sie von uns?

.....

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? Und warum?

.....

Letzter Zahnarztbesuch



DR. FRANK SPUTH

zahnarztpraxis

Allgemeine Angaben zu Ihrem Kind

Lieblingsspielzeug
Lieblingstätigkeit
Lieblingsfarbe
Ängste

Entwicklungsstand

Geburtsgewicht g Aktuelles Gewicht kg
Zahndurchbruch früh spät
 Lern-, Hör-, oder Sehschwäche
 Hyperaktivität (ADHS)

abgelaufene Kinderkrankheiten

z.B. Röteln

Krankenhausaufenthalte

wann
Grund
Krankenhaus

Unfälle

Traten dabei Verletzungen im Mund- und Gesichtsbereich auf?
.....

Medikamenteneinnahme

Wirkstoff seit wann

Herzfehler

angeboren erworben Herzpass Operationen

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes
Andere

Bluterkrankungen

Hämophilie Anämie
 Leukämie
Andere

Erkrankungen des Nervensystems

Epilepsie Spastik

Allergien

Asthma Kruppanfälle
 Allergiepass

Hauterkrankungen

Neurodermitis Psoriasis

Infektionserkrankungen

Hepatitiden TBC
 Atemwegsinfektionen HIV

Sonstige Erkrankungen

Magen- und Darmerkrankungen
 Tumore Morbus Down
 Ektodermale Dysplasie

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)
Andere

Röntgen

Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf- oder Halsbereich geröntgt?

Wenn ja, wo

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigter

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.