



Anmelde- und Anamnesebogen für Kinder

Liebe Kinder, liebe Eltern – herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis.

Wir, das Praxisteam Dr. Krug & Kollegen möchten Ihrem Kind und Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihrem Kind eine komplikationslose Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen und persönlichen Angaben vollständig und richtig zu beantworten. Sollten Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. **Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.**

Vielen Dank, Ihr Praxisteam Dr. Krug & Kollegen

PATIENTENDATEN

PATIENT Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

MUTTER Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

VATER Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

POSTANSCHRIFT Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

TELEFON Privat: _____ Büro: _____ Mobil: _____

EMAIL: _____

WER IST ERZIEHUNGSBERECHTIGT Mutter Vater

ÜBER WEN IST DAS KIND VERSICHERT Mutter Vater Kind selbst

KRANKENKASSE/PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG _____

GESETZLICH VERSICHERT **PRIVAT VERSICHERT** **BEIHILFEBERECHTIGT** **ZAHNZUSATZVERSICHERUNG**

NAME UND ANSCHRIFT DES KINDERARZTES _____

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN Bekannte Internet Telefonbuch Kindergarten
 Eltern bereits Patienten in der Praxis Sonstiges _____

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja Nein

Wenn ja, bei wem und wann? _____

Wurden dort Röntgenaufnahmen angefertigt? Ja Nein

Was ist der Grund für den heutigen Besuch? _____

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Ja Nein

Wenn ja, seit wann und welche Schmerzen? _____

Ist Ihr Kind ängstlich? Ja Nein



Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja, Name der Praxis: _____ Nein

Lutscht Ihr Kind am Daumen? Ja Nein Benutzt Ihr Kind einen Schnuller? Ja Nein

BITTE WENDEN

Praxis Süd
Schwabacher Str. 75
90439 Nürnberg
☎ 09 11 – 61 80 00
✉ info@drkrug.de

Praxis Nord
Ludwig-Feuerbachstr. 71
90489 Nürnberg
☎ 09 11 – 55 33 34
✉ info@drkrug.de

 www.drkrug.de
 @zahnarztpraxisdr.krug_kollegen

überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
Dr. Katharina Krug & Dr. Florian Krug

ALLGEMEINE ANAMNESE

- Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankungen? Ja Nein
- Asthma oder Lungenerkrankungen/Schwierigkeiten bei der Atmung? Ja Nein
- Lernschwäche, Sprachprobleme? Ja Nein
- Leber- oder Nierenerkrankung? Ja Nein
- Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe? Ja Nein
- Hörprobleme/Taubheit oder Sehschwäche/Blindheit? Ja Nein
- Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes? Ja Nein
- Blutgerinnungsstörungen (blutet Ihr Kind länger als üblich)? Ja Nein
- Infektionserkrankungen wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? Ja Nein
- Hat Ihr Kind Allergien? Ja: _____ Nein
- Leidet Ihr Kind an sonstigen Krankheiten? Ja: _____ Nein
- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja: _____ Nein
- War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? Ja: _____ Nein

ERNÄHRUNGS- UND PUTZGEWOHNHEITEN

- Wie häufig putzt Ihr Kind seine Zähne? 2x täglich 3x täglich Kind putzt alleine
- Erhält Ihr Kind fluoridhaltige Präparate? Zahnpasta Speisesalz Fluoridtabletten
- Was ist das Hauptgetränk Ihres Kindes? _____
- Wie häufig isst Ihr Kind Süßigkeiten? ≥ 3x täglich 2x täglich 1x täglich nicht täglich

GEWOHNHEITEN

- Welche Gewohnheiten hat Ihr Kind? Lippenbeißen Mundatmung Sprechstörung

UNSER SERVICE FÜR SIE

- Wir bieten Ihnen einen kostenlose Terminerinnerung per SMS an. Wünschen Sie diese? Ja Nein
- Bitte erinnern Sie uns an den nächsten Kontrolltermin unseres Kindes. Ja Nein
- Dürfen wir Ihnen Informationen über unsere Praxis und besondere Aktionen übersenden? Ja Nein

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt:

Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme zu, dass meine persönlichen und behandlungsbezogenen Daten bzw. die Daten meines Kindes für die zahnärztliche Praxis zugänglich sind. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

ORT

DATUM

UNTERSCHRIFT ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

UNTERSCHRIFT ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

Praxis Süd

Schwabacher Str. 75
90439 Nürnberg

☎ 09 11 – 61 80 00

✉ info@drkrug.de

Praxis Nord

Ludwig-Feuerbachstr. 71
90439 Nürnberg

☎ 09 11 – 55 33 34

✉ info@drkrug.de



www.drkrug.de



@zahnarztpraxisdr.krug_kollegen

überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
Dr. Katharina Krug & Dr. Florian Krug