

Kinderanamnese

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

Krankenkasse und Kinderarzt

Bei wem ist Ihr Kind mitversichert?

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Besonderheiten?

Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein

Falls ja, welche? _____

Asthma? ja nein

Herzfehler? ja nein

Diabetes? ja nein

Sonstige Krankheiten? ja nein

Falls ja, welche? _____

Besuch beim Zahnarzt und Zahnpflege

Erster Besuch beim Zahnarzt? ja nein

Ist Ihr Kind besonders ängstlich? ja nein

Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? ja nein

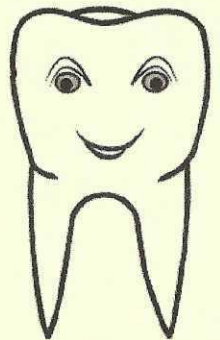
Putzt Ihr Kind 2x am Tag mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta? ja nein

Gibt es Zwischenmahlzeiten? ja nein

Falls ja, welche? _____

Lieblingessen: _____

Lieblingstrinken: _____



Hiermit versichere ich, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und spätere Änderungen der Praxis umgehend mitzuteilen.

(Hinweis: Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!)

Dommelstahl, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten