



traunstein-zahnarzt.de

ZAHNÄRZTIN ISABELLA ZIMMERMANN

Herzog-Wilhelm-Straße 17 - 83278 Traunstein
Telefon: 0861 2099585 - Fax: 0861 2099485
praxis@traunstein-zahnarzt.de
www.traunstein-zahnarzt.de

Jugendanamnese

Ja Datum: _____

Liebe Eltern, mit der Beantwortung folgender Fragen erleichtern Sie uns die zahnärztliche Betreuung Ihres Kindes. Bitte füllen Sie daher die freien Zeilen sorgfältig aus u. kreuzen Sie Zutreffendes an - Vielen Dank!

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

E-Mail Adresse: _____

Handynummer: _____

Krankenkasse: _____

Wer ist der Versicherte Ihres Kindes?

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Wer ist Sorgeberechtigt?

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja
pflichtversichert: ja

Bisheriger Zahnarzt: _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Kinderarzt: _____

Hausarzt: _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja und was übernimmt diese? _____

Was ist Ihr besonderes Anliegen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken bei Ihrem Kind? (Allergien, Erkrankungen, ...)

ja , welche? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja , welche? _____

Hat sich Ihr Kind schon einmal an den Zähnen u./o. im Kopf-/Mundbereich verletzt? ja

Befindet sich Ihr Kind in Kieferorthopädischer Behandlung? ja , bei _____

Trinkt Ihr Kind gelegentlich Alkohol ja

Trinkt Ihr Kind EnergyDrinks o.ä.? ja , gelegentlich / ja , regelmäßig

Raucht Ihr Kind? ja , wieviel? _____

Wie oft werden die Zähne geputzt? _____

Womit werden die Zähne geputzt? _____

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand und ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ich verpflichte mich ebenfalls, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24Std. im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

(Erziehungsberechtigte/r)