



dr. bernhard blumenröhr  
zahnarzt

zertif. tätigkeitsschwerpunkte:  
implantologie, parodontologie,  
ästhetische zahnheilkunde

kerschensteinerstraße 1  
82362 weilheim i. obb.  
telefon 08 81.67 60  
telefax 08 81.6 97 70  
www.blumenroehr.de

## Herzlich willkommen in unserer Praxis

### Klein-Kinder-Anamnesebogen entsprechend dem zahnärztlichen Kinderpass für Kinder bis 6 Jahre

Wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen.

Im Interesse der Behandlung bitten wir Sie, diesen Aufnahmebogen vollständig auszufüllen.

Bei auftretenden Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen (Adresse, Versicherungsverhältnis, Gesundheitszustand u.a.) **umgehend** mit!

Die mit „\*“ markierten persönlichen Angaben sind freiwillig.

<b>Nachname und Vorname des <u>Kindes</u></b>	
Geburtsdatum	
Strasse, Wohnort	
Telefon privat (*), Mobiltelefon (*)	
Besteht ein geteiltes Sorgerecht?	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
<b>Nachname und Vorname des <u>Versicherten</u></b>	
Geburtsdatum	
Strasse, Wohnort (falls abweichend vom Patienten)	
Telefon privat (*), Mobiltelefon (*) (falls abweichend vom Patienten)	
Beruf / Arbeitgeber (*)	
Krankenkasse / Krankenversicherung	
freiwillig versichert <input type="checkbox"/> / Zahn-Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> / Beihilfe berechtigt <input type="checkbox"/> / Kostenerstattung <input type="checkbox"/> / Selbstzahler <input type="checkbox"/>	

(\*) freiwillige Angabe

Als gesetzlich versicherter Patient bringen Sie uns bitte die Krankenversicherungskarte unbedingt bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn, in den letzten Tagen des Quartals bitte jeweils sofort, da ansonsten eine private Rechnungslegung nach GOZ erfolgen muss.

**Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung den zahnärztlichen Kinderpass mit!**

In unserer Praxis werden personenbezogene Daten verarbeitet.

Verantwortlich für die Datenerhebung ist der **Praxisinhaber Dr. Bernhard Blumenröhr**.

Die Datenschutzrichtlinien entsprechend der DSGVO und liegen in der Praxis zur Einsicht aus.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Anmeldung in unserer Praxis.

Ihr Zahnarzt

Dr. Bernhard Blumenröhr und sein Team

# Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu der Sicherheit Ihres Kindes besonders gewissenhaft, um möglichen Komplikationen vorzubeugen.

Bitte informieren Sie uns unbedingt VOR jeder Behandlung, wenn sich inzwischen gesundheitliche Veränderungen ergeben haben. Lassen Sie sich dazu auch diesen Fragebogen erneut vorlegen.

1. Wer ist Ihr Kinderarzt? (Name, Ort, Tel.) \_\_\_\_\_

2. Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung? ja 0 nein 0  
wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

3. Leidet Ihr Kind an Allergien? ja 0 nein 0  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Falls Allergiepass vorhanden, legen Sie uns diesen bitte vor!

4. Nimmt Ihr Kind dauernd oder häufiger Medikamente? ja 0 nein 0  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?  
Gelbsucht ja 0 nein 0 Herzfehler/-krankheit ja 0 nein 0  
Lungenerkrank./Asthma ja 0 nein 0 Diabetes ja 0 nein 0  
Nierenerkrankungen ja 0 nein 0 Krampfanfälle ja 0 nein 0  
Blutgerinnungsstörung ja 0 nein 0 Schilddrüsenerkrank. ja 0 nein 0  
sonst. Erkrankungen ja 0 nein 0  
wenn ja, bitte angeben \_\_\_\_\_

6. War Ihr Kind bereits in zahnärztlicher Behandlung? ja 0 nein 0

7. Sind bei Ihrem Kind bei Verletzungen oder zahnärztlicher Behandlungen länger anhaltende stärkere Blutungen aufgetreten (erhöhte Blutungsneigung)? ja 0 nein 0

8. Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja 0 nein 0

9. War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung? ja 0 nein 0

10. Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?  
(Daumen, Finger, Schnuller, Trinkfläschchen, sonstiges) \_\_\_\_\_

11. Putzt Ihr Kind seine Zähne allein? ja 0 nein 0  
wie oft täglich? \_\_\_\_\_

12. Ernährung / Essgewohnheiten  
0 überwiegend süß 0 überwiegend deftig 0 gemischt  
0 Fruchtsäfte 0 Limonaden 0 Mineralwasser 0 Tee ungesüßt 0 Tee gesüßt

13. Fluoridanamnese  
0 Vitamin D und Fluorid-Gabe (Tablette) 0 fluoridhaltige Kinderzahnpaste  
0 fluoridhaltiges Speisesalz 0 kein Fluorid

14. Hat Ihr Kind Angst? ja 0 nein 0

15. Was ist der Grund Ihres Besuches? \_\_\_\_\_

**Bitte teilen Sie uns Änderungen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes (z.B. Allergien) mit, damit wir diese berücksichtigen können.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern