



## Zahnarztpraxis Isabell Seitz

Zahnärztin Isabell Seitz und Zahnärztin Sabine Kolling (Angestellte Zahnärztin)  
Bleigässchen 12 · 86150 Augsburg · Telefon: 0821-65099399 · Telefax: 0821-65099398  
[www.seitz-zahnarztpraxis.de](http://www.seitz-zahnarztpraxis.de) · [smile@seitz-zahnarztpraxis.de](mailto:smile@seitz-zahnarztpraxis.de)

### **Anmeldebogen mit Anamnese (Kinder)**

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

#### **Angaben zum Kind**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_

#### **Wer ist Hauptversicherter?**

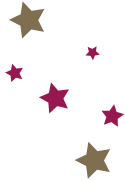
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

#### **Kontaktdaten der Eltern**

Telefon Privat \_\_\_\_\_  
Telefon mobil \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäftlich \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_





### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche?

---

Leidet Ihr Kind an einer Allergie?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Hat Ihr Kind eine Magen-/Darmerkrankung?  ja  nein

Hat Ihr Kind eine Herz-/Kreislaufkrankung?  ja  nein

Hat Ihr Kind Gerinnungsstörungen?  ja  nein

Hat Ihr Kind Diabetes?  ja  nein

Liegt bei Ihrem Kind eine Schilddrüsenerkrankung vor?  ja  nein

Leidet Ihr Kind an einer Infektionskrankheit?  ja  nein

HIV  Hepatitis B  Hepatitis C

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Hat Ihr Kind eine Nierenerkrankung?  ja  nein

Leidet Ihr Kind unter Migräne?  ja  nein

Hat Ihr Kind grünen Star?  ja  nein

Hat oder hatte Ihr Kind eine Krebserkrankung?  ja  nein

### Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung  ja  nein

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor?

---

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?  ja  nein

Besitzt Ihr Kind einen Röntgenpass?  ja  nein

Hatte Ihr Kind innerhalb der letzten zwei Jahre

eine Röntgenuntersuchung?  ja  nein

Sonstiger Grund

---

### An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

Kontrolluntersuchungen

Professionelle Zahnreinigung

#### Die Erinnerung wünsche ich

per Brief

per E-Mail

per Telefonanruf

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

