

Zahnarztpraxis Burgwedel
Dr. Silke Feld-Bornemann
Tätigkeitsschwerpunkt
Implantologie

Dr. Albert-David Straße 19, 30938 Burgwedel
Telefonnummer: 05139-5588
info@zahnarztpraxis-burgwedel.com
www.zahnarztpraxis-burgwedel.com



Anamnesebogen

LIEBE ELTERN,

für die Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein. Zur Behandlung Ihres Kindes benötigen wir einige Angaben von Ihnen:

PATIENT

HAUPTVERSICHERTER

Name:

Vorname:

Geboren am:

Krankenkasse / Versicherung:

Straße:

PLZ / Ort:

Arbeitgeber:

Beruf:

Telefon beruflich:

Telefon privat:

E-Mail:

Wie sind Sie auf unsere Praxis
aufmerksam geworden?

Internet

Familie, Freunde, Bekannte

Sonstiges:

Name und Anschrift des
Kinderarztes:

LEIDET IHR KIND AN FOLGENDEN KRANKHEITEN?

Allergien	nein	ja	welche:	
Blutdruck	niedrig	normal	hoch	ggf. Werte:
Diabetes	nein	ja		
Herz- und Kreislaufstörungen	nein	ja		
Herzerkrankungen (Herzklappen, Herzinfarkt etc.)	nein	ja		
Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS etc.)	nein	ja	welche:	
Neigt Ihr Kind zu Nachblutungen?	nein	ja		
Blutverdünnende Medikamente?	nein	ja	welche:	
Laufende Medikamente?	nein	ja	welche:	
Lungenerkrankung? (Asthma, TBC, Bronchitis)	nein	ja		
Schilddrüsenerkrankung? (Überfunktion)	nein	ja		
Entzündungen? (Nasennebenhöhlenentzündung)	nein	ja		
Nervenerkrankung? (Epilepsie, psychische Erkrankung)	nein	ja		
Eine Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist?	nein	ja	welche:	
Einnahme von Fluorid?	Zahnpasta	Speisesalz	Fluoretten	elmex gelée
Unterstützen Sie Ihr Kind bei der Zahnpflege?	nein	ja	einmal tägl.	zweimal tägl.
Angewohnheiten des Kindes		Schnuller	Daumenlutschen	
		andere:		
Zuckerhaltige Ernährung?	nein	ja		
Grund des Besuchs				

Besondere Wünsche und Erwartungen:

(z.B. Fluorid-Anamnese, Beratungsgespräch über Zahnputzmuster)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift

Zahnarztpraxis Burgwedel
Dr. Silke Feld-Bornemann
Tätigkeitsschwerpunkt
Implantologie

Dr. Albert-David Straße 19, 30938 Burgwedel
Telefonnummer: 05139-5588
info@zahnarztpraxis-burgwedel.com
www.zahnarztpraxis-burgwedel.com



Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Hiermit bestätige ich den Erhalt über die Hinweise der Datenschutzverarbeitung.

- auch hinsichtlich Art, Zweck der Daten, Art der Personen, die möglichen Empfänger der Daten (wie z.B. Krankenkassen, Verrechnungsstellen, zahntechnische Labore, medizinisch-pathologische Labore, andere Mediziner wie Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Allgemeinmediziner und alle anderen Mediziner, Steuerprüfstellen und Steuerberater.
- ferner über die datenschutzrechtlichen Ansprüche von Patientenseite über Auskunft, Berichtigung, Sperrung, Löschung, Widerspruchsrecht und Datenübertragbarkeit.
- sowie Patientenrecht auf Widerruf einer Einwilligung.

Burgwedel, den

Unterschrift