



Anamnesebogen für Kinder

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen im Interesse der Behandlung Ihres Kindes sorgfältig aus. Bei eventuellen Fragen helfen wir gern.

Kind: Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____
versichert über: Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____
Eltern: Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____
Straße, Hausnummer _____		PLZ, Ort _____
Telefon/Fax _____	Handy _____	E-Mail _____

Krankenkasse _____ Private Versicherung – Basis (Standard) Tarif? Ja Nein
 Beihilfe Ja Nein
 Es ist mir bekannt, dass Erstattungen der Vergütungen von Leistungen durch Erstattungsstellen (private Krankenversicherungen/Beihilfe) möglicherweise nicht gewährleistet sind

Gesundheitsfragebogen: - bitte beantworten Sie die Fragen so vollständig wie möglich!
 Teilen Sie uns bitte mit, falls sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes verändert hat.

Leidet Ihr Kind an...

- Infektionserkrankungen: ja nein (Hepatitis, HIV, TBC etc.?) _____
- Kreislauferkrankungen (Herz): ja nein _____
- Nierenerkrankungen/Insuffizienz: ja nein
- Blutungsstörungen/Nachbluten: ja nein
- Sonstige Erkrankungen: ja nein (Magen, Darm, Leber, Diabetes) _____
- Nervenerkrankungen: ja nein
- Allergien/Arzneimittelunverträglichkeit: ja nein (wenn ja, welche) _____
- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein: ja nein (wenn ja, welche) _____

Behandelnder Kinderarzt (Name, Ort) _____

Ich komme auf Empfehlung von _____

Um besser auf Ihr Kind eingehen zu können, sind einige Hintergrundinformationen wichtig für unsere Behandlung.

Liebessessen/Liebessgetränk: _____ Lieblingsbeschäftigung/Spielzeug: _____

Lieblingsfilm/Serie: _____ Das mag unser Kind nicht: _____

Wir arbeiten als Bestellpraxis!! Sollten Sie reservierte Termine nicht wahrnehmen, ohne uns spätestens 48 Stunden vorher zu informieren (es sei denn das Nichterscheinen ist unverschuldet), können finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandelt werden können. Für diesen Fall wird Ihnen daher das Honorar für die im Behandlungstermin vorgesehenen Leistungen in Rechnung gestellt werden.

Datum

Unterschrift der Eltern