

## HERZLICH WILLKOMMEN IN DER SMILE CLINIC

### ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Wir möchten die Zahnbehandlung unserer kleinen Patienten so angenehm wie möglich gestalten. Damit wir uns auf die Wünsche und Bedürfnisse Ihres Kindes besser einstellen können, möchten wir sie bitten uns einige Informationen zu geben. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Fam.name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Tel.Privat: \_\_\_\_\_

#### **Mitversichert bei:**

Fam.name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Tel.Firma: \_\_\_\_\_

Tel. Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung: Ja  Nein

Wie sind Sie auf uns gekommen?

Buswerbung  Radio  Zeitung  Internet  Empfehlung von: \_\_\_\_\_

#### **WAS führt Sie zu uns?**

Bei Überweisung bitte Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

#### **Informationen zum Kindesumfeld:**

Besucht Ihr Kind  Kinderkrippe  Kindergarten.  Schule

Erster Besuch beim Zahnarzt?  Ja  Nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt  Ja  Nein

o Wenn ja, gab es dabei Probleme?  Ja  Nein

o Wenn ja, welche?  Schmerz  Räumlichkeiten  Arzt  Bohrergeräusche  Sonstiges

Hat Ihr Kind Beschwerden? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

#### **Fragen zur Zahngesundheit**

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

Daumen, Finger  Schnuller  
 Trinkfläschchen  Sonstiges  Keine

#### **Ernährung**

Überwiegend süß  Überwiegend deftig  gemischt  
 Obst  Fast Food  Isst unkontrolliert  
 Isst wenig  Isst viel

Lieblingsessen: \_\_\_\_\_

Fruchtsäfte  Limonaden  Mineralwasser  
 Tee ungesüßt  Tee gesüßt



## Kostenaufklärung:



### **Erstuntersuchung**

26,- €

Ausführliche Untersuchung, Kariesdiagnostik, Paro-Screening, Therapie Besprechung

### **Panoramaröntgenbild**

47,- €

Großes Röntgenbild zur Untersuchung des Oberkiefers und Unterkiefers  
(zum Ausschluss chronischer Entzündungsherde und Knochenzysten, Beurteilung der Weisheitszähne)

### **Einzel-Röntgen**

16,- €

Zur Diagnostik/ Ausschluss zum Zahnzwischenraumkaries

### **Kieferorthopädische Erstuntersuchung**

31,- €

Beratung über die Notwendigkeit einer KFO-Behandlung

Danke für Ihre Mitarbeit!

Bitte beachten Sie, dass wir **nicht eingehaltene Termine**, welche nicht wenigstens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, erlauben wir uns eine Ausfallsrechnung zu erstellen! Beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse weiteres, dass nach der Verabreichung von Injektionen Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt ist! Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich Änderungen spezifischer Erkrankungen und Medikamenteneinnahmen bekannt zu geben.

Salzburg, am \_\_\_\_\_ Ihre Unterschrift \_\_\_\_\_