



Anamnesebogen Kinder

Angaben zum Kind

Vorname: _____ Straße: _____
 Nachname: _____ PLZ/Ort _____
 Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Angaben zu den Eltern

Mutter

Vorname: _____
 Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Telefon(privat/geschäftl/Mobil): _____
 email: _____

Vater

Vorname: _____
 Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Telefon(privat/geschäftl/Mobil): _____

Allgemeines:

Erziehungsberechtigte/r (Mutter/Vater/Sonstige): _____

Wie ist ihr Kind versichert: privat gesetzlich freiwillig gesetzlich Zusatzversicherung

Name der Versicherung: _____

Mitversichert bei: Mutter Vater

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: _____

Anamnese:

1. Herzerkrankung, -fehler, -geräusche ja nein Herzpass: _____
2. Erschwerte Atmung, Asthma, sonst. Lungenerkrankungen ja nein
3. Leber -oder Nierenerkrankung ja nein
4. Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV) ja nein Welche: _____
5. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten ja nein
6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten ja nein
7. Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle ja nein
8. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle ja nein
9. Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung ja nein
10. Probleme beim Hören oder Taubheit ja nein
11. Probleme beim Sprechen ja nein
12. Allergie, wenn ja auf was: _____ ja nein
13. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ja nein Welche: _____
14. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt ja nein Warum: _____
15. Behandelnder Kinderarzt: _____
16. Sonstige Krankheiten: _____
17. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft ja nein



Nur bei Kleinkindern zu beantworten:

1. Besonderheiten bei der Geburt (Frühgeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt) ja nein
2. Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen ja nein
3. Stillen Sie Ihr Kind ja nein
4. Geben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken ja nein

Wenn ja was: _____

Wenn ja wann: morgens mittags abends

Zahnmedizinische Anamnese:

1. War ihr Kind bereits beim Zahnarzt ja nein Warum:
2. Hatte Ihr Kind schon ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt ja nein
3. Hatte Ihr Kind schon einen Unfall bei dem Mund oder Gesicht verletzt worden sind ja nein
4. Was ist der Grund für den heutigen Besuch: _____

Ernährungsgewohnheiten:

1. Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich: _____
2. Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten ja nein
3. Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne: _____
4. Benutzt Ihr Kind Fluoridhaltige Zahnpasta
 Fluoridhaltiges Speisesalz
 Fluoridtabletten (Zymafluor)

Hinweise zur Organisation:

Wir sind eine reine Bestellpraxis. Die für Ihre Termine fest vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie und Ihre spezifische Behandlung reserviert. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine min. 48 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns bei nicht rechtzeitiger Absage des Termins vorbehalten, die fest zugesagte Behandlung in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige, die Fragen zur Anamnese nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben.

Ort Datum

Unterschrift(Erziehungsberechtigter)