



Anamnesebogen für Kinderpatienten

Kind (Vor- und Nachname)

Geburtsdatum / Geburtsort

Vater (Vor- und Nachname)

geb. am

Mutter (Vor- und Nachname)

geb. am

Adresse Erziehungsberechtigte(r)

Telefon privat

Telefon mobil

Krankenkasse

pflichtversichert freiwillig versichert

Hat Ihr Kind eine Zusatzversicherung?

Erziehungsberechtigte(r)

Vater Mutter Sonstige:

Wer soll die Rechnung erhalten? (Nur wenn Kind privat versichert ist)

Mitglied (Vor- und Nachname)

geb. am

Adresse

Telefon

Kinderarzt (Adresse / Telefon)

Bisheriger Zahnarzt / Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Grund des heutigen Zahnarztbesuches

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? Besteht eine Zahnarztangst?

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich?

Im Rahmen der kassenzahnärztlichen Vorbeugeuntersuchung Ihres Kindes wird auch eine Fluoridtouchierung der Zähne durchgeführt.

Sind Sie mit dieser Maßnahme einverstanden?

Ja

Nein

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Asthma | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Erkrankung des Blutes | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> |
| Spastik | <input type="checkbox"/> | Geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Hörstörung | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | Rheuma / rheumat. Fieber | <input type="checkbox"/> | Immunschwäche (z.B. Aids) | <input type="checkbox"/> |

Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Hatte Ihr Kind bereits einen schweren Unfall oder war schon einmal im Krankenhaus?

Ja Nein

Ernährung Ihres Kindes

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten?

Ja Nein

Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich?

Was isst Ihr Kind hauptsächlich?

Was isst Ihr Kind als Pausenbrot?

Aus was trinkt Ihr Kind?

Zahnpflege Ihres Kindes

Wer putzt die Zähne Ihres Kindes?

Wann werden die Zähne geputzt?

Womit werden die Zähne gereinigt?

Zahnpasta mit Fluorid?

Ja Nein

Hat Ihr Kind einen Schnuller benutzt?

Ja Nein

Zusätzliche Fragen, die uns helfen, eine Gesprächsbasis mit Ihrem Kind zu finden:

Lieblingskuscheltier?

Lieblingsfarbe?

Hobbies?

Kindergarten? Schule?

Sonstige Anmerkungen

Terminerinnerung erwünscht? (Recall kostenlos)

Ja Nein

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und nur mit Ihrer ausdrücklichen Einverständniserklärung an dritte Personen weitergegeben.

Datum

Unterschrift