

Anamnesebogen für Kinder



Liebe Eltern,

vielen Dank für das Vertrauen, Ihr Kind in unserer Praxis behandeln zu lassen! Wir haben für unsere kleinen Patienten eine eigene Kinderabteilung mit kindgerechten Behandlungszimmern, Behandlungsstühlen und Wartezimmer eingerichtet. Bitte füllen Sie folgenden Erhebungsbogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Kind

Name / Vorname _____ Geburtsdatum / -ort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Kinderarzt / Hausarzt: _____

Versicherungsnehmer

Name / Vorname _____ Geburtsdatum / -ort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

gesetzlich versichert ja nein bei _____

Zusatzversicherung ja nein bei _____ gültig seit _____

privat versichert ja nein bei _____

beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Sorgeberechtigte

Name / Vorname _____ Tel. _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

ANAMNESE KIND (KRANKENGESCHICHTE)

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? _____ Und wann das letzte Mal? _____

Besteht eine Zahnarztangst? ja nein kaum

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer- / Zahnbereich geröntgt? ja nein Wenn ja, welche Zähne? _____

Gab es Zahnunfälle? ja nein Wenn ja, welche Zähne? _____

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? ja nein Wenn ja, wo? _____

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

Daumenlutschen ja nein Gebrauch des Schnullers ja nein

Lispeln ja nein Dauerhaft offener Mund ja nein

Zungen- oder Wangenpressen ja nein Dauerhafte Mundatmung ja nein

Lippenbeißen ja nein

- bitte wenden -



Anamnesebogen für Kinder



FRAGEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT DES KINDES

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

Herz-Kreislaufkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten? ja nein
Wenn ja, welche?

Bluterkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

Diabetes? ja nein

Sonstige Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig Medikamente?
 ja nein Wenn ja, welche?

ANAMNESE ELTERN

Mutter

Sind Sie von Allergien betroffen? ja nein

Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

Leiden Sie unter Zahnarztangst? ja nein

Entwickeln Sie schnell eine Karies? ja nein

Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss? ja nein Wenn ja, welche?

Vater

Sind Sie von Allergien betroffen? ja nein

Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

Leiden Sie unter Zahnarztangst? ja nein

Entwickeln Sie schnell eine Karies? ja nein

Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss? ja nein Wenn ja, welche?

FÜR UNSERE PRAXISORGANISATION:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie Kinderarzt

Internet, Seite: _____

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere Internetseite angesehen?

Telefonbuch / Branchenbuch Kita

Sonstiges: _____

ja nein

Ich versichere, die obigen Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben:

Datum _____

Unterschrift _____

Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handele:

Datum _____

Unterschrift _____

