



Liebe Eltern,

Wir möchten Sie bitten, sich kurz Zeit zu nehmen und diesen Anamnesebogen für Ihr Kind auszufüllen. Wir möchten Ihrem Kind eine bestmögliche Behandlung in angenehmer Atmosphäre bieten können. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Kind: Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Mutter oder Vater: Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse / private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein Zusatzversicherung  ja  nein privat versichert  ja  nein

Wer ist der Kinderarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung von mindestens 75 € berechnen.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen (wer?) \_\_\_\_\_  Internet, über Seite \_\_\_\_\_
 Überweisung von \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten aufgetreten?

- Herzerkrankungen  ja  nein
Asthma/ Lungenerkrankungen/ Schwierigkeiten bei Atmung  ja  nein
Lenschwäche/ Sprachprobleme  ja  nein
geistige Behinderung/ Verzögerung  ja  nein
Leber-, Nierenerkrankung  ja  nein
Elileptische Anfälle/ Fieberkrämpfe  ja  nein
Spastik/ veränderter Muskektionus  ja  nein
Hörprobleme/ Taubheit  ja  nein
Sehschwäche / Blundheit  ja  nein
Infektionskrenkheiten (Hepathitis / Tuberkulose / HIV)  ja  nein
Blutkranheiten  ja  nein
Stoffwechselerkrankungen / Diabetis  ja  nein
Tumore oder bösartige Krankheiten  ja  nein
Allergien  ja  nein
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
Sonstige Erkrankungen / Infektionen  ja  nein
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?  ja  nein

Zahnmedizinische Anamnese

- War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt?  ja  nein
Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?  ja  nein
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
Hatte Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?  ja  nein
Wenn ja, Welches? \_\_\_\_\_
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  ja  nein
Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?  ja  nein
Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? \_\_\_\_\_
Lutscht Ihr Kind am Daumen?  ja  nein
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag? \_\_\_\_\_

Ernährungsgewohnheiten

- Ist Ihr Kind gestillt worden / Wie lange?  ja  nein
Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken ? Wie lange?  ja  nein
Geben Sie Ihrem Kind Fluoridpräparate?  ja  nein
Wenn ja, Welche (z.B. Zahnpasta)? \_\_\_\_\_

Anamnese Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?
Wenn ja, Welche? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu Zahnstein?  Zahnfleischbluten?  Karies?

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt?

Mutter

ja  nein

ja  nein
 ja  nein

Vater

ja  nein

ja  nein
 ja  nein

Zum Schluss

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder WhatsApp an die Vorsorgetermine erinnert werden?  ja  nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_