

Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Kind

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o. Ä. _____

Kinderarzt / Hausarzt _____

Versicherungsnehmer

Krankenkasse _____

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Sorgeberechtigter

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefonnummer _____

FÜR UNSERE PRAXISORGANISATION

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie Kinderarzt Telefonbuch / Branchenbuch Kita

Internetportale, z. B. jameda: _____ Sonstiges: _____

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere Internetseite angesehen? ja nein

Möchten Sie an die Vorsorgetermine Ihres Kindes telefonisch oder schriftlich erinnert werden? ja nein

ANAMNESE DES KINDES (KRANKENGESCHICHTE)

Fragen zur Zahngesundheit

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

Besteht Zahnarztangst? ja nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt? ja nein Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

Gab es Zahnunfälle? ja nein Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

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

Anamnesebogen für Kinder

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

- Daumenlutschen? ja nein
Lispeln? ja nein
Zungen- oder Wangenpressen? ja nein
Lippenbeißen? ja nein

- Gebrauch eines Schnullers? ja nein
dauerhaft offener Mund? ja nein
dauerhafte Mundatmung? ja nein

FRAGEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT DES KINDES

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Allergien? ja nein
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamenten-
unverträglichkeiten an.)

- Infektionskrankheiten? ja nein
Wenn ja, welche?

- Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

- Sonstige Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

- Hat Ihr Kind eine Gelenkprothese, ja nein
z. B. ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk?
Wenn ja, was genau?

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

- Bluterkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

- Diabetes? ja nein

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

ANAMNESE DER ELTERN

Mutter

- Sind Sie von Allergien betroffen? ja nein
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamenten-
unverträglichkeiten an.)

- Leiden Sie unter Zahnarztangst? ja nein
Entwickeln Sie schnell eine Karies? ja nein
Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw. ja nein
Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss?
Wenn ja, welche?

Vater

- Sind Sie von Allergien betroffen? ja nein
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamenten-
unverträglichkeiten an.)

- Leiden Sie unter Zahnarztangst? ja nein
Entwickeln Sie schnell eine Karies? ja nein
Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw. ja nein
Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss?
Wenn ja, welche?

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 handle:

Datum _____ Unterschrift _____