



## Anamnesebogen für Kinderpatienten

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### Erziehungsberechtigte

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Tel. tagsüber: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Wie kommen Sie in unsere Praxis?  direkte Überweisung von meinem Zahnarzt  
 Empfehlung von \_\_\_\_\_  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

Ihr Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Grund des heutigen Zahnarztbesuches?  Schmerzen  Kontrolle  \_\_\_\_\_

Besteht eine Zahnarztangst? \_\_\_\_\_

Bisheriger Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung: \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund / Kieferbereich? \_\_\_\_\_

### Trifft ein der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma                         | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung       | <input type="checkbox"/> Tuberkulose      |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung des Blutes          | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit        | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen / Gelbsucht  | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung  | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Geistige Verzögerung           | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | welche _____                              |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung   | _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Rheuma / rheumatisches Fieber  | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung        |   |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung                     | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS)   | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung |



Hat Ihr Kind Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, worauf ist es allergisch? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Verlief die Schwangerschaft normal?  Ja  Nein

Verlief die Geburt normal?  Ja  Nein

Wenn nein, warum? \_\_\_\_\_

Gewicht des Kindes bei der Geburt: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten gehabt?  
 Ja  Nein

Wenn ja, mit welchem Alter? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind schon mal operiert worden?  Ja  Nein

Atmet Ihr Kind durch den Mund?  Ja  Nein

### Anamnese der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Zahnarztangst?  Ja  Nein

### Aufklärung Kinderbehandlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die zur Diagnostik und Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen bei meinem Kind angefertigt und per email ggf. an einen weiterbehandelnden Zahnarzt übermittelt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift