



Anamnesebogen für Kinderpatienten

Name des Kindes: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Versicherter: _____ Geb.-Datum: _____

Erziehungsberechtigte

Familiennamen _____

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