

ANAMNESEBOGEN - 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 _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o. Ä.: _____

Kinderarzt/ Hausarzt: _____

Versicherungsnehmer

Krankenversicherung _____

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Sorgeberechtigte

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. _____

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

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? _____

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

Daumenlutschen ja nein

Lispeln ja nein

Zungen- oder Wangenpressen ja nein

Lippenbeißen ja nein

Gebrauch des Schnullers ja nein

Dauerhaft offener Mund ja nein

Dauerhafte Mundatmung ja nein

ANAMNESEBOGEN - 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 Telefonbuch / Branchenbuch Kita

Internetportale, z. B. jameda, qype: _____ 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

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 _____