



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 _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

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? _____

Bestehen derzeit Beschwerden? ☐ ja ☐ nein

Findet aktuell eine kieferorthopädische Behandlung statt? ☐ 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-Kreislauferkrankungen? ☐ 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 ☐ ja ☐ nein
Medikamente? Wenn ja, welche?

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

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 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?

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