



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 Gebrauch des Schnullers ja nein

Lispeln ja nein Dauerhaft offener Mund ja nein

Zungen- oder Wangenpressen ja nein Dauerhafte Mundatmung ja nein

Lippenbeißen 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 telefisch 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 handele:

Datum _____

Unterschrift _____