

Kinderanamnesebogen

Liebe Eltern, für eine optimale Versorgung Ihres Kindes benötigen wir einige Informationen. Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen zu lesen & auszufüllen oder anzukreuzen.

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren? _____

Bitte nennen Sie uns den Kinderarzt (Name, Anschrift): _____

Wünschen Sie eine Erinnerung zur nächsten Kontrolluntersuchung (Recall)?

 Ja

 Nein

Hat Ihr Kind eine Zahnzusatzversicherung?

 Ja

 Nein

Persönliche Angaben:

Kind:

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum + Geburtsort _____

Mutter:

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Vater:

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Beruf der Eltern:

Mutter _____

Vater _____

Anschrift des Kindes:

Straße/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Das Kind ist mitversichert bei:

 Mutter

 Vater

 Opa

 Oma

Hat das Kind Geschwister:

ja/nein _____

Wie viele? _____

älter/jünger _____

Fragen zur Allgemeingesundheit:

Hat Ihr Kind:

Tetanusschutz & alle anderen Impfungen erhalten?

 Ja

 Nein

Asthma oder Lungenerkrankungen?

 Ja

 Nein

Infektionskrankheiten z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose?

 Ja

 Nein

Welche? _____

Herzfehler oder Herzerkrankungen?

 Ja

 Nein

Blutkrankheiten oder Blutungsneigung?

 Ja

 Nein

Leber- oder Nierenerkrankungen?

 Ja

 Nein


Wir möchten Sie bitten, Termine die Sie nicht wahrnehmen können, 24 Stunden vorher abzusagen. Falls dies nicht erfolgt, sehen wir uns gezwungen Ihnen diese privat in Rechnung zu stellen.

Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	_____	
Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lernschwäche oder Sprachprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hörprobleme oder Taubheit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sehschwäche oder Blindheit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegen sonstige angeborene Krankheiten vor?	_____	
Lag Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?	_____	
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	_____	

Zahnärztliche Anamnese:

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat/Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Fragen zu Fluoridnutzung & Ernährungsgewohnheiten:

Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, von wann _____ bis _____?	_____	
Benutzt Ihr Kind einen Schnuller oder den Daumen zum Lutschen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, von wann _____ bis _____?	_____	
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind jemals Fluoridtabletten eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, von wann _____ bis _____?	_____	
Putzt sich Ihr Kind mit fluoridierter Zahncreme die Zähne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie oft putzt sich Ihr Kind die Zähne?	_____	
Putzt sich Ihr Kind alleine die Zähne oder putzen Sie nach?	_____	

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ort, Datum

Unterschrift
(Erziehungsberechtigter)

