

# Anamnesebogen für Kinder

Patient: Name:..... Vorname:..... Geb.-Datum:.....

Geb.-Ort:.....

Straße:..... PLZ/Wohnort:.....

Telefon:..... Email:.....

Versicherter-Name:..... Vorname:..... Geb.-Datum:.....

Krankenkasse:.....

## Zutreffendes bitte ankreuzen

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? .....

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? Ja  Nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Ja  Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? Ja  Nein

Hatte Ihr Kind einen Unfall o. eine Operation (z.B. im Mund.- Kieferbereich) Ja  Nein

Ist o. war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein

Wenn ja, Name des Kieferorthopäden(in):.....

## Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen: Ja  Nein

Asthma: Ja  Nein

Lungenerkrankungen: Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankungen: Ja  Nein

Rheuma: Ja  Nein

Epilepsie: Ja  Nein

Diabetes: Ja  Nein

Nierenerkrankungen: Ja  Nein

Magen-Darm-Erkrankungen: Ja  Nein

Ohnmachtsneigung: Ja  Nein

**bitte Rückseite auch ausfüllen, danke**

Herzerkrankungen: Ja  Nein

Herzoperationen: Ja  Nein

Genetische Erkrankungen: Ja  Nein

Geistige Erkrankungen: Ja  Nein

regelmäßige Medikamente, wenn ja, welche: Ja  Nein

**Allergien / Unverträglichkeiten:** Ja  Nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen:**

wie z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose? Ja  Nein

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung, wenn ja bitte Kinderarzt: Name, Adresse, Telefonnummer:

---

Wurde Ihr Kind gestillt: wenn ja, wie lange Ja  Nein

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken: wenn ja, wie lange: Ja  Nein

Isst Ihr Kind viel Süßes, oder trinkt süße Getränke: Ja  Nein

Wie werden die Zähne geputzt? alleine , mit Hilfe der Eltern , von den Eltern

Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste  Zahncreme m. Fluor  ohne Fluor

Nimmt Ihr Kind zusätzlich Fluoride zu sich? Ja  Nein

**Möchten Sie regelmäßig an den Vorsorgetermin für Ihr Kind erinnert werden?**

Ja  Nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung der persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Vereinbarte Termine, die ich Wahrnehmen kann, werde ich mind. 24 Std. vor Behandlungsbeginn absagen, sollte ich meine Termine ohne Mitteilung versäumen, können mir die Ausfallzeiten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Anamnesebogen gelesen und verstanden habe.

Bensheim, den, .....

.....

Unterschrift Erziehungsberechtigter



