



Anamnesebogen für Kinderpatienten

Name: _____ geb.: _____

Anschrift:
Str.: _____ Tel.: _____

Wohnort: _____

Versichert bei (Krankenkasse): _____

Versichert durch (Elternteil): _____ geb.: _____

Erziehungsberechtigte: _____ geb.: _____

und: _____ geb.: _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches: _____

Bisheriger Zahnarzt: _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch: _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen: _____

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich: _____

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung, wenn JA bei wem:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden: _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu:

	JA	NEIN		JA	NEIN
Geistige Behinderung			Schilddrüsenerkrankung		
Geistige Verzögerung			Asthma		
Lernbehinderung			Lungenerkrankung		
Immunschwäche (Aids)			Nervenerkrankung		
Spastik			Lebererkrankungen/Gelbsucht		
Hörstörungen			Rheuma/rheumatisches Fieber		
Tuberkulose			Nierenerkrankung		
Zuckerkrankheit			Magen-Darm-Erkrankung		
Erkrankungen des Blutes			Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)		

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens: _____

Bestehen sonstige Erkrankungen, wenn ja welche: _____

Hat Ihr Kind Allergien, wenn ja, worauf: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein, wenn ja welche: _____

Kinderarzt: _____

Mein Kind geht in :	JA	Mein Kind ist aktiv :	JA
den Kindergarten/die Krippe ganztags		im Sportverein	
den Kindergarten/die Krippe halbtags		in der Musikschule	
die Vorschule ganztags		in der Tanzschule	
die Vorschule halbtags		sonstiges:	
die Schule ganztags			
die Schule halbtags			



Verlief die Schwangerschaft/Geburt normal, wenn NEIN warum:

Gewicht des Kindes bei der Geburt: _____

Ist Ihr Kind gestillt worden, wenn ja wie lange: _____

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken:

Wie lange: _____ **Immer noch:** _____ **Morgens:** _____ **Abends:** _____

Was war/ist in der Flasche: _____

Ist Ihr Kind ein guter Esser: _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wenn ja welche: _____

Neigen Sie zu Karies, Zahnstein, Zahnfleischbluten: _____

Haben Sie selber Angst vorm Zahnarzt: _____

Sind Sie bei Bedarf mit einer lokalen Betäubung einverstanden: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten

Fragen an die Kinder:

Am liebsten esse ich: _____

Am liebsten beschäftige ich mich mit: _____

Meine Hobbys sind: _____

Mein Lieblingstier ist: _____

Meine Lieblingsfarbe ist: _____

Allgemeines:

Wir wissen, dass Termine in Vergessenheit geraten können, aus diesem Grund versuchen wir immer einen Tag vor dem Termin Ihres Kindes Sie an den Termin zu erinnern. Aber auch wir schaffen es leider nicht immer Sie an Ihre Termine zu erinnern, deswegen möchten wir Sie darum bitten, an Ihre Termine zu denken und wenn Sie nicht können sollten bis zu 24 h vorher abzusagen, denn nur so können wir Schmerztermine besser vergeben und lange Wartezeiten verhindern. Sollte Ihr Kind doch einmal unerwartet Schmerzen bekommen, erwarten wir, dass sie sich zwischen 9:00 Uhr und 11:00 Uhr bei uns melden. Wenn Sie sich in einem Schmerzfall erst nach 11:00 Uhr bei uns melden, können wir Ihnen nicht versprechen, dass sie noch am gleichen Tag einen Termin bei uns bekommen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den Abschnitt „Allgemeines“ gelesen und verstanden zu haben.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten