

**Kinder - Anamnesebogen (bitte vollständig ausfüllen)**

Vorname, Nachname (Patient) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon (mobil) \_\_\_\_\_ Telefon (geschäftlich) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Beruf

Name der Versicherung / Krankenkasse \_\_\_\_\_

Vorname, Nachname des Versicherten \_\_\_\_\_ Geburtsdatum des Versicherten \_\_\_\_\_

Kinderarzt (evtl. Adresse, Telefon) \_\_\_\_\_

**Erhebung über vorhandene Krankheiten:**

	<b>Bitte ankreuzen</b>			<b>Bitte ankreuzen</b>	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Magen/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	körperliche/geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Sonstige schwerwiegende Krankheiten \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind momentan Medikamente ein? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Grund des heutigen Besuches \_\_\_\_\_

**Wird Fluor eingenommen?**

- |                        |                       |                 |                       |
|------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| Fluoridiertes Kochsalz | <input type="radio"/> | Fluortabletten  | <input type="radio"/> |
| Kinderzahnpaste        | <input type="radio"/> | Juniorzahnpaste | <input type="radio"/> |
| Erwachsenenzahnpaste   | <input type="radio"/> | ohne Fluor      | <input type="radio"/> |

**Putzgewohnheiten**

per Hand  elektrisch  mit Hilfe der Eltern

Wie oft wird geputzt? \_\_\_\_\_

**Wichtige Information:**

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.  
Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.  
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wie /durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift