



ANAMNESEBOGEN für Kinder

PATIENTENINFORMATIONEN

Liebe Eltern,

Sie haben mit Ihrem Kind am ____ . ____ . ____ einen Termin zur Beratung in unserer Praxis vereinbart. Um uns optimal auf Ihr Kind vorbereiten zu können, füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus und bringen ihn zum Termin mit.

Sollten von den Zähnen Ihres Kindes bereits Röntgenbilder existieren, bringen Sie diese bitte ebenfalls mit.

Geschlecht: M W

Nachname (des Kindes)

Vorname (des Kindes)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Mutter Vater Privat Gesetzlich Beihilfeberechtigt

Versichert über

Mutter Vater Beide

Erziehungsberechtigter

Versicherung

ANGABEN MUTTER

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon-Nr.

Mobil-Nr.

E-Mailadresse

ANGABEN VATER

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer *(falls abweichend)*

Postleitzahl, Wohnort *(falls abweichend)*

Telefon-Nr. *(falls abweichend)*

Mobil-Nr. *(falls abweichend)*

E-Mailadresse

ANGABEN ZUM BEHANDELNDEN KINDERARZT

Name des Kinderarztes

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon-Nr.

Mobil-Nr.

E-Mailadresse

Weitere Angaben

PATIENTENFRAGEBOGEN

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

(Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.)

Herzfehler, Herzgeräusch, Herzerkrankung
Herzpass:
Asthma oder Lungenerkrankungen, Atemprobleme
Lernschwäche, Sprachprobleme
Geistige Behinderung oder Verzögerung
Leber-Nierenerkrankung
Epileptische Anfälle, Fieberkrämpfe
Spastik, veränderter Muskeltonus

Hörprobleme, Taubheit
Hepatitis, Tuberkulose, HIV
Tumore, bösartige Krankheiten
Sehschwäche, Blindheit
Stoffwechselerkrankungen
Blutkrankheiten
Allergien
Sonstiges Krankheiten

Weitere Angaben

War Ihr Kind schonmal im Krankenhaus? Ja Nein

Wenn Ja, warum? _____

Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen oder nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn Ja, welche _____

ZAHNMEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

War Ihr Kind schonmal beim Zahnarzt? Ja Nein

Hauszahnarzt / Vorbehandelnder Zahnarzt _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Telefon-Nr. _____

Mobil-Nr. _____

E-Mailadresse _____

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Ja Nein

Hat Ihr Kind schonmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?

Ja Nein _____

Hatte Ihr Kind schonmal einen Unfall im Mund oder Gesichtsbereich?

Ja Nein _____

Bekommt Ihr Kind Fluoridpräparate?

Ja Nein

Fluoridhaltige Zahnpasta Fluorettten Speisesalz

Ist Ihr Kind gestillt worden?

Ja Nein

bis 6 Monate bis zum 1. Lebensjahr

Hat Ihr Kind die Flasche bekommen?

Ja Nein

bis zum 2. Lebensjahr bis heute

Was ist der Grund für den heutigen Besuch? _____

Wie haben Sie von uns erfahren? Kinderarzt Zahnarzt Freunde/Bekannte Telefonbuch Anzeige Internet

Sonstige Bemerkungen: _____

Ich habe die Oben aufgeführten Fragen nach meinem besten Wissen beantwortet.

Ich bin darüber informiert, dass Termine, die nicht eingehalten werden können, 24 Stunden im Voraus abgesagt werden müssen.

X

Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) _____