

Anamnese des Kindes

Name:

Alter des Patienten:

Datum:

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie sie an:

Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten? (Gegebenenfalls bitte einkreisen)

	Ja	Nein
1. Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankung? ☐ Herzpass seit:	☐	☐
2. Asthma oder Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung?	☐	☐
3. Lernschwäche oder Sprachprobleme?	☐	☐
4. Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?	☐	☐
5. Leber- oder Nierenerkrankung?	☐	☐
6. Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt?	☐	☐
7. Spastik oder veränderter Muskeltonus?	☐	☐
8. Hörprobleme oder Taubheit?	☐	☐
9. Sehschwäche oder Blindheit?	☐	☐
10. Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?	☐	☐
11. Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?	☐	☐
12. Tumore oder bösartige Krankheiten?	☐	☐
13. Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich)?	☐	☐
14. Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?	☐	☐
15. Fehlen bestimmte Kinderimpfungen?	☐	☐
16. Leidet Ihr Kind unter sonstigen Krankheiten?	☐	☐
17. Hat Ihr Kind Allergien? Wie äußern sich diese?	☐	☐
18. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn Ja, was ?	☐	☐
19. War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)?	☐	☐
20. Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen? Wenn Ja, was:	☐	☐
21. Name des Kinderarztes:	☐	☐

Zahnmedizinische Anamnese

1. War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? Wenn Ja, wann und bei wem war die Behandlung?	☐	☐
2. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	☐	☐
3. Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?	☐	☐
4. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?	☐	☐
5. Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?	☐	☐

Ernährungsgewohnheiten

1. Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange?	☐	☐
2. Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?	☐	☐
Wie lange?Immer noch?	☐	☐
Was war / ist in der Flasche?		
Trinkt Ihr Kind aus ☐ einer Schnabeltasse ☐ einer Tasse ☐ einem Glas?		
3. Wieviel Süßes isst Ihr Kind? ☐ viel ☐ mäßig/dosiert ☐ wenig		
4. Geben Sie Ihrem Kind Fluor-Präparate? Wenn ja, welche?	☐	☐
5. Lutscht Ihr Kind Daumen oder Schnuller?	☐	☐

Anamnese der Eltern

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie sie an:

Ja Nein

Mutter:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? | ☐ | ☐ |
| 2. Neigen Sie zu Karies? | ☐ | ☐ |
| 3. Neigen Sie zu Zahnfleischbluten? | ☐ | ☐ |
| 4. Neigen Sie zu Zahnstein? | ☐ | ☐ |
| 5. Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? | ☐ | ☐ |

Vater:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? | ☐ | ☐ |
| 2. Neigen Sie zu Karies? | ☐ | ☐ |
| 3. Neigen Sie zu Zahnfleischbluten? | ☐ | ☐ |
| 4. Neigen Sie zu Zahnstein? | ☐ | ☐ |
| 5. Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? | ☐ | ☐ |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

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

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Bitte nur nach Aufforderung unterschreiben !!!

Wichtig:

Bei meinem Kind hat sich in der medizinischen Anamnese nichts geändert, in den letzten Monaten hat es keine schweren Krankheiten gehabt, keine Allergien entwickelt und nimmt keine verschreibungspflichtigen Medikamente:

Keine Änderung ☐

Keine Änderung ☐ Datum Erziehungsberechtigte/r

☐ Keine Änderung

Datum	Erziehungsberechtigte/r

Keine Änderung ☐ Datum Erziehungsberechtigte/r

Patientenanmeldung

Name des Kindes: geb. am:

Vater (Vor- und Zuname): geb. am:

Adresse:
Straße PLZ Ort

Telefon privat: Telefon dienstl.: Mobil:

E-Mail:

Beruf:Arbeitgeber:

Mutter (Vor- und Zuname): geb. am:

Adresse:
falls von o.g. abweichend Straße PLZ Ort

Telefon privat: Telefon dienstl.: Mobil:

E-Mail:

Beruf:.....Arbeitgeber:

Erziehungsberechtigte/r: ☐ Vater ☐ Mutter ☐ geb. am:
Vor- und Zuname

Zahlungspflichtiges Mitglied: ☐ Vater ☐ Mutter ☐ geb. am:
Vor- und Zuname

Adresse:
falls von o.g. abweichend Straße PLZ Ort

Telefon privat: Telefon dienstl.: Mobil:

Fax: E-Mail:

Wie ist Ihr Kind versichert? ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ ges. Pflicht ☐ ges. freiwillig

Name der Krankenkasse / Versicherungsträger:

Welcher Elternteil ist Mitglied der o.g. Krankenkasse / Krankenversicherung ? ☐ Vater ☐ Mutter

.....
Datum Unterschrift