



Kinder-Anamnese

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

versichert über: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Hobby: _____

Krankenkasse: gesetzlich

privat → Basis Volltarif

Beihilfe vollberechtigt Standard

Liebe Eltern,

um auch für unsere kleinen und kleinsten Patienten die bestmögliche Behandlung gewährleisten zu können, benötigen wir folgende Angaben, die selbstverständlich der Schweigepflicht unterliegen:

Leidet Ihr Kind an (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Herz- und / oder Kreislauferkrankungen?
- Allergien / Asthma / Heuschnupfen?
- Arzneimittel-Überempfindlichkeit
- (Penicillin, Jod, andere: _____)?)
- Infektionskrankheiten (TBC, Gelbsucht, andere)?
- Blutkrankheit, Blutungsneigung?
- Diabetes?
- Leberkrankheit?
- Rheuma?
- Schilddrüsenerkrankung?
- HIV / AIDS?
- andere: _____

Nimmt Ihr Kind z. Zt. Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Befand sich Ihr Kind in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung (außer Routineuntersuchungen) oder im Krankenhaus? [] []

Haus-/ Kinderarzt: _____ Tel.: _____

Sind in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Kopf-/ Kieferbereich bei Ihrem Kind angefertigt worden?

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt / bekam es die Flasche (nachts)? _____

Wann ungefähr kam der erste Zahn? _____ mit _____ Monaten

Nahm/ nimmt ihr Kind den Schnuller, lutscht/ e es am Daumen, sonstige Gewohnheiten?

Wie oft am Tag / in der Nacht nimmt Ihr Kind zuckerhaltige Snacks oder Getränke zu sich?

Wie oft wird geputzt und wer putzt?

Fluoridquellen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fluoridhaltige Zahnpasta | <input type="checkbox"/> Fluoridhaltiges Mineralwasser |
| <input type="checkbox"/> D-Fluoretten | <input type="checkbox"/> Fluoridiertes Speisesalz |
| <input type="checkbox"/> Elmex Gelee | |

ja nein

Hat Ihr Kind momentan Zahnschmerzen?

Haben Sie bei Ihrem Kind Karies (Löcher) festgestellt?

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Gab es während früherer Zahnarztbesuche Besonderheiten?

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechtige Sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben.

- Ich möchte ins Recallsystem (automatische Erinnerung an Ihren nächsten Kontrolltermin) aufgenommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter