

# Anamnesebogen für Kinder



**Liebe Eltern,**

bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

## Kind

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o. Ä. \_\_\_\_\_

Kinderarzt / Hausarzt \_\_\_\_\_

## Versicherungsnehmer

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## Sorgeberechtigter

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

## FÜR UNSERE PRAXISORGANISATION

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie  Kinderarzt  Telefonbuch / Branchenbuch  Kita

Internetportale, z. B. jameda: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere Internetseite angesehen?  ja  nein

Möchten Sie an die Vorsorgetermine Ihres Kindes telefonisch oder schriftlich erinnert werden?  ja  nein

## ANAMNESE DES KINDES (KRANKENGESCHICHTE)

### Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_ Und wann das letzte Mal? \_\_\_\_\_

Besteht Zahnarztangst?  ja  nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt?  ja  nein Wenn ja, an welchen Zähnen? \_\_\_\_\_

Gab es Zahnunfälle?  ja  nein Wenn ja, an welchen Zähnen? \_\_\_\_\_

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?  ja  nein Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen für Kinder

## Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

- Daumenlutschen?  ja  nein  
Lispeln?  ja  nein  
Zungen- oder Wangenpressen?  ja  nein  
Lippenbeißen?  ja  nein

- Gebrauch eines Schnullers?  ja  nein  
dauerhaft offener Mund?  ja  nein  
dauerhafte Mundatmung?  ja  nein

## FRAGEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT DES KINDES

### Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Allergien?  ja  nein  
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamenten-  
unverträglichkeiten an.)
- 

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?
- 

- Infektionskrankheiten?  ja  nein  
Wenn ja, welche?
- 

- Bluterkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?
- 

- Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?
- 

- Diabetes?  ja  nein

- Sonstige Erkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?
- 

- Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig  ja  nein  
Medikamente? Wenn ja, welche?
- 

- Hat Ihr Kind eine Gelenkprothese,  ja  nein  
z. B. ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk?  
Wenn ja, was genau?
- 

## ANAMNESE DER ELTERN

### Mutter

- Sind Sie von Allergien betroffen?  ja  nein  
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamenten-  
unverträglichkeiten an.)
- 

### Vater

- Sind Sie von Allergien betroffen?  ja  nein  
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamenten-  
unverträglichkeiten an.)
- 

- Leiden Sie unter Zahnarztangst?  ja  nein  
Entwickeln Sie schnell eine Karies?  ja  nein  
Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw.  ja  nein  
Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss?  
Wenn ja, welche?
- 

- Leiden Sie unter Zahnarztangst?  ja  nein  
Entwickeln Sie schnell eine Karies?  ja  nein  
Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw.  ja  nein  
Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss?  
Wenn ja, welche?
- 

Ich versichere, die obigen Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben:

Datum

Unterschrift

Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle:

Datum

Unterschrift