

Anamnesebogen für Kinderpatienten

Name des Kindes:	Adresse:	
Geburtsdatum:	Telefon:	
Name des Versicherten:		
Geburtsdatum:		
Erziehungsberechtigter: Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/>		
Überweisung von: Hausarzt <input type="checkbox"/> Kinderarzt <input type="checkbox"/> selbst ausgesucht <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/>		
Wie sind Sie auf uns gekommen?		
Grund des heutigen Zahnarztbesuches?		
Besteht eine Zahnarztangst?		
Bisheriger Zahnarzt: Wie verlief die bisherige Zahnbehandlung?		
Kinderarzt:		
Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung?		
Wann war der letzte Zahnarztbesuch?		
Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?		
Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund- Kieferbereich?		

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| • Asthma | <input type="checkbox"/> | • Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| • Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | • Lebererkrankungen/Hepatitis | <input type="checkbox"/> |
| • Anfallsleiden (z. B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | • Rheuma/rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> |
| • Hörstörungen | <input type="checkbox"/> | • Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| • Spastik | <input type="checkbox"/> | • Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| • Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | • Immunschwäche (Aids) | <input type="checkbox"/> |
| • Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | • Geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> |
| • Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> | • Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> |
| • Erkrankungen des Blutes | <input type="checkbox"/> | • Lernbehinderung | <input type="checkbox"/> |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein

• Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/>
• Herzoperationen	<input type="checkbox"/>
• Asthma	<input type="checkbox"/>

Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergiepass ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Wenn ja, worauf?		
Nimmt ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Wenn ja, welche?		
Haben Sie bei Ihrem Kind ungewöhnliche Reaktionen auf bestimmte Medikamente bemerkt?		
➤ Wenn ja, welche?		
Verlief die Schwangerschaft normal?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Geburt normal	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
➤ Wenn nein, warum?		
➤ Gewicht des Kindes bei der Geburt?		
Hat Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten gehabt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit welchem Alter?		
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatte es schwere Unfälle?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
War es schon einmal im Krankenhaus?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Atmet Ihr Kind durch den Mund?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Anamnese der Eltern:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?		Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?					
Mutter:					
Vater:					
Neigen Sie zu		Vater		Mutter	
	Karies	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Zahnstein	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Zahnfleischbluten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Zahnarztangst	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Liebe Eltern, da wir eine Bestellpraxis sind, bitten wir Sie, falls Sie Ihre Termine nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir weisen darauf hin, dass gemäß Rechtsprechung nicht eingehaltene Termine (dadurch verursachte Ausfallzeiten) kostenpflichtig sind. (Vergütung bei Annahmeverzug §§ 304,615 BGB und §§ 611,615 (1) BGB).

Ort, Datum

Unterschrift