



## Anamnesebogen für Kinder

Patient Kind Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Mitgliedsversichert Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Name Fürsorgeberechtigter (Mutter , Vater, Betreuer) \_\_\_\_\_

Anschrift Straße/ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat Festnetz \_\_\_\_\_

Tel. mobil/ Arbeit der Eltern \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_ gesetzlich / privat

Beihilfeberechtigt \_\_\_\_\_ privat zusatzversichert \_\_\_\_\_ freiwillig versichert \_\_\_\_\_

### Allgemeinanamnese (bitte ankreuzen)

**JA**

**NEIN**

Hat Ihr Kind eine Allergie (z. Bsp. gegen Penicillin)? \_\_\_\_\_

Nimmt es regelmäßig Medikamente ein? Welche? \_\_\_\_\_

Leidet es an einer Herzerkrankung? \_\_\_\_\_

Leidet es an Blutgerinnungsstörungen? \_\_\_\_\_

Leidet es an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihrem Kind eine Infektionskrankheit bekannt (HIV, Hepatitis)? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an Epilepsie? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Asthma bronchiale? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an anderen Erkrankungen? \_\_\_\_\_



<b>Zahnmedizinische Anamnese</b> (bitte ankreuzen)	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?	—	—
Trägt es eine kieferorthopädische Apparatur (Zahnsperre)?	—	—
Putzt sich Ihr Kind allein und regelmäßig die Zähne?	—	—
Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit einen Zahnunfall?	—	—
Treibt Ihr Kind Sport mit der Gefahr von Zahnschädigungen?	—	—
Hat Ihr Kind manchmal unangenehme Knackgeräusche im Ohr?	—	—
Leidet es häufiger an Kopfschmerzen oder Nackenverspannungen?	—	—
Wann wurde Ihr Kind das letzte Mal beim Zahnarzt geröntgt?	—	—
Gab es Komplikationen während einer zahnmedizinischen Behandlung?	—	—
Hat Ihr Kind besondere Bedürfnisse während einer Zahnbehandlung?	_____	
Wie haben Sie von unserer Zahnarztpraxis erfahren?	_____	
Name/ Adresse des betreuenden Kinderarztes	_____	

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Teilnahme am Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie eingeschränkt sein kann.

Wir sind bestrebt unangenehme Wartezeiten beim Zahnarzt zu vermeiden. Sollte es dennoch einmal zu einer Wartezeit kommen, so aus dem Grund von unvorhersehbaren Zwischenfällen oder zahnmedizinischen Notfällen. Wir bitten dies in solchen Fällen zu entschuldigen. Sollten Sie oder Ihr Kind eine für Sie reservierte Behandlungszeit einmal nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (möglichst 48 Stunden zuvor). Ausfallzeiten können nach § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) \_\_\_\_\_