



KINDER ANAMNESEBOGEN

Patient Name _____ geb. _____

Anschrift Strasse / Ort _____

Tel. _____ Handy _____

Email _____

Krankenkasse _____ Beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

Name und _____

Anschrift des Kinderarztes Strasse / Ort _____

Tel. _____

Erziehungsberechtigt Vater _____ Mutter _____ Beide

Evtl. abweichende Anschrift der Eltern _____

ALLGEMEINE SITUATION

ja / nein

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma, Atemnot

Herzerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Erbliche Erkrankungen

Tumore

Blutgerinnungsstörungen

Epilepsie (Krampfanfälle)

Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV)

Allergien? Wenn ja, welche? _____

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
 Wenn ja, welche? _____

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? _____

ZAHN-MUND-SITUATION

ja / nein

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt
 Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer
 Behandlung?

Was ist der Grund des heutigen Besuches?

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem
 Zahnarzt? _____

Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt?

Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, Sie halbjährlich
 an die Vorsorge Ihres Kindes zu erinnern?

BITTE BEACHTEN SIE DIE FOLGENDEN DINGE, DIE ZU EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG BEITRAGEN.

- Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.

VIELEN DANK !

Datum _____

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) _____