



## KINDER - ANAMNESEBOGEN

(BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!)

### ALLGEMEINE ANGABEN

Patient Kind Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Erziehungsberechtigter  Mutter  Vater  beide

Kind ist versichert über  Mutter  Vater

Beruf der Eltern Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_  beihilfeberechtigt zu \_\_\_\_\_ Prozent  
 zusätzlich versichert  
Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Name des Kinderarztes \_\_\_\_\_

Ort der Praxis \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINE SITUATION

1. Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma, Atemnot  ja  nein  
Chronische Bronchitis  ja  nein  
Herzerkrankungen  ja  nein  
Nierenerkrankungen  ja  nein  
Diabetes (Zuckerkrankheit)  ja  nein  
Genetische Erkrankungen  ja  nein

Tumore  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Epilepsie (Krampfanfälle)  ja  nein  
Hör- und Sehprobleme  ja  nein  
Infektionen z. B.  ja  nein

Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
HIV  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

2. Hat Ihr Kind Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Hat Ihr Kind eine körperliche/geistige Behinderung?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

BITTE WENDEN! WEITERE ANGABEN  
AUF DER RÜCKSEITE.



## ZAHN-MUND-SITUATION

1. Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

2. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?  Ja  Nein

Name des behandelnden Zahnarztes: \_\_\_\_\_

3. Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

\_\_\_\_\_

4. Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Name des Kieferorthopäden: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## ANGABEN ZU DEN ELTERN

Mutter Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber erreichbar unter \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Vater Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber erreichbar unter \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Website Praxisschild Jameda Google

Facebook Instagram Thanksdoc auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns Änderungen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes (z.B Allergien) mit, damit wir **diese** im weiteren Verlauf der Behandlung berücksichtigen können.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift (des/der Erziehungsberechtigten)