

KINDER-ANAMNESEBOGEN



Persönliche Angaben

Name, Vorname des Kindes: Geburtsdatum:
Tel. privat: Tel. mobil:
E-Mail:
Krankenkasse / private Krankenversicherung:
Wer ist Ihr Kinderarzt?

Anamnese

Hat sich Ihr Kind normal entwickelt? ja nein
Hat Ihr Kind Allergien? ja nein
Hat Ihr Kind besondere Lutschgewohnheiten? ja nein
 Daumen Trinkfläschchen
 Schnuller Sonstiges (z.B. Beißring)
War ein Elternteil in Kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Ist Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein Wenn ja, bei wem und warum?

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?

Gelbsucht ja nein
Herzfehler / -krankheit ja nein
Lunge / Asthma ja nein
Diabetes ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Krampfanfälle ja nein
Blutgerinnungsstörung ja nein

Sonstige Erkrankungen oder notwendige Bemerkungen Ihrerseits

Putzt Ihr Kind regelmäßig seine Zähne? ja nein pro Tag:
 Handzahnbürste elektr. Zahnbürste
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind besondere Ernährungs- oder Essgewohnheiten? ja nein
 überwiegend süß Obst
 Überwiegend deftig gemischt
 isst unkontrolliert Fast Food
 isst wenig isst viel

Was ist das Lieblingsessen von ihrem Kind?

Was trinkt Ihr Kind gerne?
 Fruchtsäfte Limonaden
 Mineralwasser Tee ungesüßt
 Tee gesüßt

Ist das der erste Besuch beim Zahnarzt? ja nein

Hat ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? ja nein

Bitte teilen Sie uns Änderungen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes (z.B. Allergien) mit, damit wir diese berücksichtigen können. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.
Das gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.**

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigter