



Anamnesebogen für Kinder (0 bis 12 Jahre)

Bitte füllen Sie das Formular in Ihrem eigenen Interesse vollständig aus!
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Angaben zum Kind:

Name , Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Adresse: _____

Kinderarzt: _____

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankung (z.B. Herzfehler, Herzgeräusche, Endokarditis)? ja nein

Liegt ein Herzpass vor? ja nein

Allergien oder Medikamentenüberempfindlichkeiten (z.B. Penicillin) ja nein

Blutkrankheiten (z.B. sehr langes Bluten bei Verletzung) ja nein

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)? ja nein

Leber- oder Nierenerkrankung? ja nein

Diabetes? ja nein

Tumore? ja nein

Fieberkrampf oder Epilepsie? ja nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, Aids)? ja nein

geistige Erkrankung, Lernschwäche oder Sprachprobleme? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
wenn ja, welche? _____ ja nein

Ist der Impfstatus vollständig? ja nein

Bestehen sonstige Erkrankungen oder Einschränkungen?
wenn ja, welche? _____ ja nein

Angaben zur Mutter des Kindes:

Name , Vorname: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Angaben zum Vater des Kindes:

Name , Vorname: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Wer ist erziehungsberechtigt? Mutter und Vater Mutter Vater andere Person

Grund des heutigen Besuchs: _____

Welche Einstellung hat Ihr Kind zu einem Zahnarzt?

erster Zahnarztbesuch positiv neutral eher ängstlich

Was sind die Lieblingshobbys Ihres Kindes? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie von uns an die halbjährliche Kontrolle erinnert werden? ja nein

Erklärung:

Ich erkläre, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, die Praxis über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige, dass ich alle hier abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte(r)