

Anamnesebogen für Kinder

Name des Kindes

VornameGeburtsdatum

Name des Versicherten (falls abweichend)Geburtsdatum

StraßeTel. privat

PLZ/OrtTel. geschäftlich

Krankenkasse

Wer hat uns empfohlen?

Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten / Symptome aufgetreten?

Bitte zutreffende Erkrankungen ankreuzen:

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Herzfehler, Herzgeräusch oder Herzerkrankung? Herzpass seit <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Asthma oder Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat Ihr Kind Allergien? Wenn Ja, welche: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leber- oder Nierenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lernschwäche oder Sprachprobleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bösartige Krankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet Ihr Kind unter sonstigen Krankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn Ja, welche: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zahnmedizinische Anamnese

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? Wenn Ja, wann und warum war Ihr Kind in Behandlung?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hatte Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Was ist der Grund für den heutigen Besuch?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ernährungsgewohnheiten

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wie lange?.....immer noch?.....morgens? <input type="checkbox"/>abends? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf..... | | |

Zahnpflege

- Die Zähne werden geputzt: Mit Hilfe der Eltern? Vom Kind selbst? Von den Eltern?
- Wann werden die Zähne geputzt? Vor dem Frühstück? Nach dem Frühstück?
Nach dem Mittagessen? Sofort nach dem Abendessen? Erst vor dem zu Bett gehen?
- Geben Sie Ihrem Kind Fluorpräparate? Zahnpasta? Fluorsalz? Fluoridtabletten

Möchten Sie für die halbjährige Vorsorgeuntersuchung von uns erinnert werden? Ja / Nein

Per E-Mail Anruf Karte

Datum

Unterschrift