



## ANAMNESEBOGEN

Seite 1 von 2

### Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

### Kind

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Kinderarzt / Hausarzt: \_\_\_\_\_

Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o. Ä.:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Versicherungsnehmer

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

### Sorgeberechtigte

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Anamnese Kind (Krankengeschichte)

#### Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt?  
\_\_\_\_\_

Und wann das letzte Mal? \_\_\_\_\_

Besteht eine Zahnarztangst?  ja  nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt?  ja  nein

Wenn ja, an welchen Zähnen? \_\_\_\_\_

Gab es Zahnunfälle?  ja  nein

Wenn ja, an welchen Zähnen? \_\_\_\_\_

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?  ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

#### Hat Ihr Kind eine der folgenden Angewohnheiten?

Daumenlutschen  ja  nein

Lispeln  ja  nein

Zungen- oder Wangenpressen  ja  nein

Lippenbeißen  ja  nein

Gebrauch des Schnullers  ja  nein

Dauerhaft offener Mund  ja  nein

Dauerhafte Mundatmung  ja  nein

### Anamnese Kind (Krankengeschichte)

#### Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten?  ja  nein

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

Herz-Kreislauferkrankungen?  ja  nein

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

Infektionskrankheiten?  ja  nein

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

Bluterkrankungen?  ja  nein

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



## ANAMNESEBOGEN

Seite 1 von 2

Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein

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

Diabetes?  ja  nein

Sonstige Erkrankungen?  ja  nein

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

Nimmt Ihr Kind aktuell oder  
regelmäßig Medikamente?  ja  nein

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

### Anamnese Eltern

#### Mutter

Sind Sie von Allergien betroffen?  ja  nein

Wenn ja, welche? (bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an)

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Zahnarztangst?  ja  nein

Entwickeln Sie schnell eine Karies?  ja  nein

Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw.  
Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss?  ja  nein

#### Vater

Sind Sie von Allergien betroffen?  ja  nein

Wenn ja, welche? (bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an)

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Zahnarztangst?  ja  nein

Entwickeln Sie schnell eine Karies?  ja  nein

Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw.  
Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss?  ja  nein

### Für unsere Praxisorganisation:

#### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie

Kinderarzt

Telefonbuch / Branchenbuch

Kita

Internetportale, z. B. jameda, qype:

\_\_\_\_\_

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere  
Internetseite angesehen?  ja  nein

Möchten Sie an die Vorsorgetermine  
Ihres Kindes telefonisch oder schriftlich  
erinnert werden?  ja  nein

### Ich versichere, die obigen Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben:

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

### Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle:

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_