



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 _____