# Anamnesebogen Kinder

BIEBL + KNAPP

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungs-bogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

## Persönliches

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert o ja o nein
Zusatzversichert o ja o nein

Privat versichert o ja o nein
Beihilfeberechtigt o ja o nein
Basistarif o ja o nein

## Bei wem ist Ihr Kind mitversichert?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

(falls abweichend) Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

## Wer ist Ihr Kinderarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

## Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

o von Bekannten empfohlen o Telefon- / Branchenbuch o Zeitungsanzeige

o Überweisung von _____

o Internet, über die Seite _____ o Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? o ja o nein

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter mit Tipps zur Zahngesundheit per E-Mail erhalten? o ja o nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? o ja o nein

# Anamnesebogen Kinder

BIEBL + KNAPP

## Hat oder hatte Ihr Kind …

| | | |
|---|---|---|
| Allergien | o ja | o nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Anfallsleiden (Epilepsie) oder starke Fieberkrämpfe | o ja | o nein |
| Asthma / COPD | o ja | o nein |
| Blutgerinnungsstörung oder andere Blutkrankheiten | o ja | o nein |
| Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes (Zuckerkrankheit) | o ja | o nein |
| Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche | o ja | o nein |
| Wenn ja, Herzpass seit: | | |
| Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV | o ja | o nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Geistige Behinderungen oder Verzögerungen | o ja | o nein |
| Probleme beim Hören oder Taubheit | o ja | o nein |
| Lebererkrankungen | o ja | o nein |
| Magen-Darm-Erkrankungen | o ja | o nein |
| Nierenerkrankungen | o ja | o nein |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

_____

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft (Tetanus ist in der Grundimmunisierung inbegriffen)? o ja o nein

## Medikamente – Bitte notieren Sie uns alle Medikamente, die Ihr Kind aktuell einnimmt …

(z.B. Herzmedikamente, Blutverdünner, andere Medikamente)

_____

## Sind bei Ihrem Kind jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

o ja o nein

Wenn ja, gegen welche?

_____

## Fragen / Anmerkungen:

_____

_____

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

_____

Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten