

Anamnesebogen für Kinder

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 _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Kinderarzt / Hausarzt _____

Versicherungsnehmer

Krankenkasse _____
Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Telefonnummer _____ E-Mail _____

Sorgeberechtigter

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Telefonnummer _____ E-Mail _____

FÜR UNSERE PRAXISORGANISATION

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Auf Empfehlung von _____ Überweisung von _____
 Kinderarzt Telefonbuch / Branchenbuch Kita Internetportale, z. B. jameda: _____
 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

ANAMNESE DES KINDES (KRANKENGESCHICHTE)

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? _____ Und wann das letzte Mal? _____

Besteht 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? _____

Anamnesebogen für Kinder

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

- Daumenlutschen? ja nein
Lispeln? ja nein
Zungen- oder Wangenpressen? ja nein
Lippenbeißen? ja nein

- Gebrauch eines Schnullers? ja nein
dauerhaft offener Mund? ja nein
dauerhafte Mundatmung? ja nein

FRAGEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT DES KINDES

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Allergien? ja nein
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamenten-unverträglichkeiten an.)

- Infektionskrankheiten? ja nein
Wenn ja, welche?

- Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

- Sonstige Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

- Hat Ihr Kind eine Gelenkprothese,
z. B. ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk?
Wenn ja, was genau?

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

- Bluterkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

- Diabetes? ja nein

- Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig
Medikamente? Wenn ja, welche?

ANAMNESE DER ELTERN

Mutter

- Sind Sie von Allergien betroffen? ja nein
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamenten-unverträglichkeiten 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
Wenn ja, welche?

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

Vater

- Sind Sie von Allergien betroffen? ja nein
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamenten-unverträglichkeiten 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
Wenn ja, welche?

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

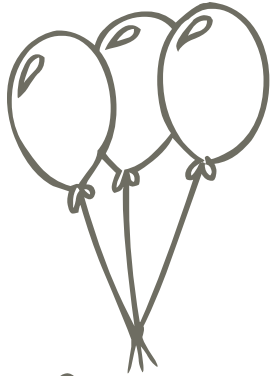
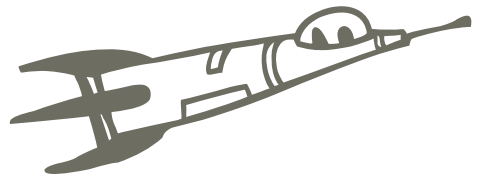
Datum _____ Unterschrift _____

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

Datum _____ Unterschrift _____



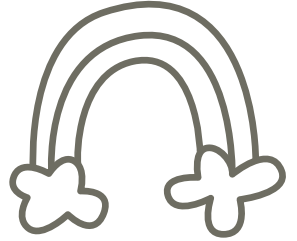
Wenn du möchtest,
darfst du Dieses Blatt
ausmalen!



So heiÙe ich

Vor- und Nachname

Spitzname



Das mag ich

Das mache ich am liebsten

Mein Lieblingslied ist

Mein Lieblingsspiel ist

Mein Lieblingsfach ist

Mein(e) Lieblingslehrer(in) heiÙt

Das esse ich am liebsten

Mein liebstes Kuscheltier heiÙt

Meine Lieblingsfarbe ist

Und sonst ...

Mein Geburtstag ist am

Mein Kindergarten / meine Schule heiÙt

Das will ich einmal werden

