



## ANAMNESEBOGEN KIDS

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens tragen Sie dazu bei, dass wir den Gesundheitszustand Ihres Kindes gut beurteilen und Ihr Kind dann auch besser beraten und behandeln können.

### PATIENT

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

### VERSICHERT ÜBER

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

## ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

**NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?**

Ja  Nein

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

**BESITZT IHR KIND EINEN ALLERGIEPASS?**

Ja  Nein

**NEIGT IHR KIND ZU ALLERGISCHEN REAKTIONEN BEI BESTIMMTEN MATERIALIEN, ARZNEIMITTELN, NAHRUNGSMITTELN?**

Ja  Nein

**HAT IHR KIND EINE PENICILLIN-, JOD- ODER LATEXALLERGIE?**

Ja  Nein

**HAT IHR KIND EINE ERKRANKUNG DES HERZENS?**

Ja  Nein

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

**HAT IHR KIND:**

- angeborene oder erworbene Herzfehler?
- Herzklappenfehler?
- Endokarditis?
- Herzoperationen gehabt?

**LEIDET IHR KIND AN DEN NACHFOLGENDEN KRANKHEITEN?**

- Asthma oder Lungenerkrankungen?
- Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?
- Nervenerkrankungen?
- Epilepsie?
- Infektionskrankheiten?

## ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

GAB ES IN DER SCHWANGERSCHAFT PROBLEME?  Ja  Nein

MUSSTEN SIE MEDIKAMENTE EINNEHMEN?  Ja  Nein

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

GEBURT:  Spontan  Kaiserschnitt

GAB ES PROBLEME VOR DER GEBURT ODER DANACH?  
 Ja  Nein

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

WURDEN MEDIKAMENTE EINGESETZT?

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

WANN HAT IHR KIND DEN ERSTEN ZAHN BEKOMMEN?

\_\_\_\_\_

GAB ES SCHWIERIGKEITEN BEIM ZAHNEN?

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

HABEN SIE DENTINOX VERABREICHT?  Ja  Nein

HAT IHR KIND IM 1. JAHR MEDIKAMENTE BEKOMMEN?  
 Ja  Nein

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

NIMMT ES EINEN DAUMEN?  
SCHNULLER?  Ja  Nein

Bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_

SCHNARCHT IHR KIND (AUCH WENN ES NICHT ERKÄLTET IST)  
REGELMÄSSIG?  Ja  Nein

HÖREN SIE ATEMAUSSETZER?  Ja  Nein

MUNDHALTUNG DES KINDES IM SCHLAF OFFEN  
ODER GESCHLOSSEN?  offen  geschlossen

GIBT ES EINEN BESTEHENDEN SPRACHFEHLER?

\_\_\_\_\_

IST ODER WAR IHR KIND IN LOGOPÄDISCHER BEHANDLUNG?  
 Ja  Nein

Wenn ja, bei wem \_\_\_\_\_

WIRD IHR KIND SPEZIELL GEFÖRDERT (ERGOTHERAPIE) ETC.?  
 Ja  Nein

IST ODER WAR IHR KIND JEMALS IN ORTHOPÄDISCHER/  
PHYSIOTHERAPEUTISCHER BEHANDLUNG?  Ja  Nein

Wenn ja, warum \_\_\_\_\_

GIBT ES FAMILIÄRE AUFFÄLLIGKEITEN DER ZAHNSTELLUNG?  
 Ja  Nein

SIND SPANGENBEHANDLUNGEN, OPS ERFOLGT?  Ja  Nein

HAT IHR KIND HOBBYS?  Ja  Nein

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

TREIBT ES REGELMÄSSIG SPORT?  Ja  Nein

Wenn ja, welchen \_\_\_\_\_

WANN WAR DER LETZTE ZAHNARZTBESUCH IHRES KINDES?

\_\_\_\_\_

HAT IHR KIND SCHON EINMAL SCHLECHTE ERFAHRUNGEN  
BEI EINEM ZAHNARZT GEMACHT?  Ja  Nein

WAS IST DER ANLASS FÜR DEN HEUTIGEN ZAHNARZTBESUCH?

\_\_\_\_\_

**BERATUNG:**

Möchten Sie an das Vorsorgeprogramm erinnert  
werden?  Ja  Nein

Wenn ja, werden Sie schriftlich benachrichtigt.  
Name und Anschrift des Kinderarztes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

WURDE IHNEN UNSERE PRAXIS EMPFOHLEN?  Ja  Nein

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

Nochmals vielen Dank für das sorgfältige Ausfüllen des –  
Frage bogens. Sollte Ihnen das Beantworten der Fragen in  
einem der Punkte Probleme bereitet haben, so sprechen  
Sie uns bitte direkt darauf an.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift