



ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus,
damit wir Ihr Kind optimal behandeln können!

ANAMNESEBOGEN

Wir begrüßen Sie in unserer PraxisKlinik. Im Interesse der Behandlung Ihres Kindes möchten wir Sie bitten, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei evtl. Fragen helfen wir Ihnen gerne. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient/in (Ihr Kind)

Name

Geburtsdatum

Vorname

Geburtsort

Erziehungsberechtigter Mutter Vater beide Sonstige: _____

Das Kind ist versichert über Mutter Vater Erziehungsberechtigter

Versicherungsnehmer Mutter | Vater | Erziehungsberechtigter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Tagsüber erreichbar unter

Mobiltelefon

E-Mail

Beruf der Mutter

Beruf des Vater

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

Pflichtversichert Freiwillig versichert Zusatzversichert

Privatversichert Beihilfe Basistarif (Privatversichert)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Stadtwald PraxisKlinik Praxisschild Facebook Zeitungsanzeige auf Empfehlung von: _____

Jameda Flyerwerbung Metro Rewe Sonstige: _____

Google? Welche(n) Suchbegriff(e) haben Sie verwendet? _____

Wurde Ihnen ein bestimmter Behandler empfohlen? Wenn ja, welcher? _____

Name des Kinderarztes

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Name des Hauszahnarztes

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen!

- Blutgerinnungsstörungen
- Hör- und Sehprobleme
- Herzerkrankungen
- Epilepsie (Krampfanfälle)
- Atemnot | Asthma
- Infektionen (Hepatitis | Tuberkulose | HIV)
- Chronische Bronchitis
- Tumore
- Zuckererkrankung | Diabetes
- Genetische Erkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Rachitis

Bestehen bei dem Kind Allergien/Überempfindlichkeiten auf bestimmte Medikamente oder Stoffe? Wenn ja welche?

Bestehen Allergien/Überempfindlichkeiten auf bestimmte Medikamente oder Stoffe bei den Eltern? Wenn ja welche?

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? Wenn ja, warum?

Sonstiges:

Sind alle Impfungen vollständig?

ja nein **Tetanusschutz?** ja, von wann _____ nein

Nutzt/e Ihr Kind einen Schnuller?

ja nein Wenn ja, bis zu welchem Alter? _____

Nimmt/Nahm Ihr Kind Fluoridtabletten ein?

ja nein Wenn ja, bis zu welchem Alter? _____

Nimmt/Nahm Ihr Kind Medikamente ein?

ja nein Wenn ja, welche? _____

Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?

ja nein Wenn ja, warum? _____

Was trinkt Ihr Kind am häufigsten?

Woraus? (Becher, Glas, Nuckelflasche, etc.)

Was hat Ihr Kind früher am häufigsten getrunken?

Woraus? (Becher, Glas, Nuckelflasche, etc.)

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

ja nein _____

Name des bisherigen Zahnarztes

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuchs?

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt? Gab es früher Schwierigkeiten bei der Behandlung?

Gab es früher Abbrüche der Behandlung bei Zahnärzten? ja Wenn ja, wie oft? _____ Wie lange her? _____ nein

Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt?

Ist/war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja: Name des Kieferorthopäden? _____ Wann? _____

Wurde die Behandlung zu Ende geführt? ja nein Wenn Nein, warum nicht? _____

Bitte auch die Rückseite ausfüllen! 

Hat der Patient Probleme mit:

- Nasenatmung? ja nein Wenn ja, seit wann? _____
- Häufige Erkältungen? ja nein Wenn ja, seit wann? _____
- Mundatmung? ja nein Wenn ja, seit wann? _____
- Schnarchen? ja nein Wenn ja, seit wann? _____

Wurden Hals-, Nasen-, Ohrenärztliche Operationen durchgeführt?

- Gaumenmandeln ja nein Wenn ja, wann? _____
- Rachenmandeln („Polypen“) ja nein Wenn ja, wann? _____
- Parazentese (Röhrchen im Trommelfell) ja nein Wenn ja, wann? _____
- Nasenscheidewand ja nein Wenn ja, wann? _____

Nutzt/e Ihr Kind den Daumen? ja nein Wenn ja, bis zu welchem Alter? _____

Nutzt/e Ihr Kind einen Finger? ja nein Wenn ja, bis zu welchem Alter? _____

Liegt eine Fehlgewohnheit im Lippen- oder Zungenbereich vor?

- Lippenbeißen ja nein Lippensaugen ja nein Lippenlecken ja nein
- Nägelkauen ja nein Bleistiftkauen ja nein Sonstiges ja nein

Hat oder hatte der Patient einen Sprachfehler? ja nein

wenn ja, wann _____ und wie lange? _____ Monate / Jahre

wenn ja, welche Art von Störung? _____

wurde eine logopädische Behandlung (Sprachtherapie) durch geführt? _____

Hatte der Patient einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich? ja nein

wenn ja, wann? _____ mit Zahnverletzungen? ja nein

mit Zahnverlusten? ja nein mit Kieferbrüchen? ja nein

Knirscht der Patient mit den Zähnen? ja nein

Bestehen Kiefergelenkknacken oder -beschwerden? ja nein

Welche Hobbys hat der Patient? _____

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft bei Ihrem Kind? ja nein _____

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen der Zähne oder des Körpers gemacht? ja nein

Ich bin mit der Anfertigung der im Rahmen der Untersuchung bzw. Therapie notwendigen Röntgenaufnahmen einverstanden? ja nein

Ich bin mit der Wiedereinbestellung zur Kontrolluntersuchung und Profilaxetermin einverstanden? ja nein

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen z.B. (Gesundheitszustand, Schwangerschaft, Krankenkassenwechsel, Anschriftsänderung etc.) unverzüglich mitzuteilen und versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten