

## **Anamnese für Kinderpatienten**

Name:..... geb.:.....  
Anschrift: Str.:..... Tel.:.....  
Wohnort:.....  
E-Mail:.....  
Versichert durch(Elternteil):..... bei.....  
Erziehungsberechtigte:..... geb.:.....  
..... geb.:.....  
Grund des heutigen Zahnarztbesuches?.....  
Kinderarzt:.....  
Wann war der letzte Zahnarztbesuch?.....  
Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich?.....

### **Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu? Zutreffendes bitte ankreuzen!**

Geistige Behinderung \_\_ Schilddrüsenerkrankung \_\_ Geistige Verzögerung \_\_ Asthma \_\_  
Lernbehinderung \_\_ Lungenerkrankungen \_\_ Immunschwäche (Aids) \_\_ Nervenerkrankungen  
\_\_  
Spastik \_\_ Lebererkrankungen/Gelbsucht \_\_ Hörstörungen \_\_ Rheuma/rheumatisches Fieber \_\_  
\_\_  
Tuberkulose \_\_ Nierenerkrankung \_\_ Zuckerkrankheit \_\_ Magen Darm Erkrankung \_\_  
Erkrankungen des Blutes \_\_ Anfallsleiden(z.B. Epilepsie) \_\_  
Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des  
Herzens?.....  
Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja,  
welche?.....  
Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja ,  
worauf?.....  
Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? Wenn ja ,  
welche?.....  
Hat Ihr Kind aus der Flasche  
getrunken?.....  
Wie lange? Immer noch? Morgens?  
Abends?.....  
Was war/ist in der  
Flasche?.....  
Hatte es schwere  
Unfälle?.....  
Atmet Ihr Kind durch den  
Mund?.....

*Sind Sie bei Bedarf mit einer lokalen Betäubung, Röntgenaufnahmen einverstanden? .....*

*Durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? .....*

*Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt? .....*

*Gibt es spezielle Umstände im Leben Ihres Kindes, über die wir Bescheid wissen sollten?*

.....  
.....

***Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit. Ich bin davon unterrichtet worden, dass Injektionen in seltenen Fällen zu Herz-Kreislaufproblemen führen können.***

***Hinweis für Beihilfe berechtigte Patienten: Wir rechnen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte ab.***

***Diese entspricht in wenigen Ausnahmefällen nicht der Beihilfefähigkeit.***

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift  
Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_