

Anamnesebogen für Kinder



Kind: _____

Name Vorname geb. am Ort

Mutter: _____

Name Vorname geb. am

Vater: _____

Name Vorname geb. am

Beruf der Eltern: _____

Mutter Vater

Anschrift: _____

Straße/Hausnummer Postleitzahl/Ort

Telefon: _____ Email: _____

Wohnanschrift des Versicherten (Vater/Mutter):

Straße/Hausnummer Postleitzahl/Ort

Das Kind ist mitversichert bei: _____

Krankenkasse: _____

privat pflichtversichert freiwillig versichert

Wir möchten Sie bitten Termine, welche von Ihnen nicht wahrgenommen werden können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir uns gezwungen sehen, Ihnen diese privat in Rechnung zu stellen.

Sollten nach vorheriger Vereinbarung mit Ihnen Mehrkosten für die Behandlung auftreten, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer des Kindes - falls er nicht der Rechnungsempfänger ist - diese unaufgefordert an den Rechnungsempfänger weiterzuleiten.

Unterschrift: _____

Erziehungsberechtigter 1 Erziehungsberechtigter 2

Ort: _____ Datum: _____

Anamnese

Hat das Kind Geschwister? _____

ja/nein wie viele älter/jünger

betreuender Kinderarzt: _____

Ist Ihr Kind geimpft? _____

Geht Ihr Kind in die Kinderkrippe/Kindergarten/Schule? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Was mag es gern? _____

Was mag es nicht so sehr? _____

Hat Ihr Kind ein Lieblingsspiel/Spielzeug? _____

Möchten Sie in den Erinnerungsservice aufgenommen werden? _____
Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft?: _____
Ist Ihr Kind derzeit gesund oder in ärztlicher Behandlung?: _____

Liegen Herzerkrankungen vor?: _____
(Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges)

Gibt es eine Stoffwechselerkrankung?: _____
(z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Nierenerkrankung, Sonstiges)

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen des Nervensystems?: _____
(Krampfleiden, Epileptiforme Anfälle, Sonstiges)

Liegt eine Bluterkrankung vor?: _____
(Blutarmut - Anämie, Bluter, Sonstiges)

Hat Ihr Kind eine Allergie?: _____
(Asthma, Heuschnupfen, Allergiepess vorhanden? Sonstiges)

Hat(te) Ihr Kind eine Infektionskrankheit?: _____
(Hepatitis, Tuberkulose, HIV o.ä.)

Sonstige Besonderheiten: _____

Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt?: _____

Warum besuchen Sie uns?: _____

Kontrolle KFO Schmerzen

Gibt es Erfahrungen? Welche? Gab es bisher eine
Narkosenbehandlung?: _____

Hatte Ihr Kind bereits einen Zahnunfall?: _____

Lutscht Ihr Kind oder hat es gelutscht?: _____

Ja Nein

Wenn Ja - womit?: _____

Erhält Ihr Kind Fluoride? : _____
(Speisesalz, Zahnpasta, Tabletten o.ä.)

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne?: _____

Putzt es allein, oder putzen Sie nach?: _____

Unterschrift: _____

Erziehungsberechtigter 1

Erziehungsberechtigter 2

Ort: _____ Datum: _____