

## Anamnesebogen Kinder

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Nachname, Vorname (**Patient/in**):

Geburtsort , Geburtsdatum:

Nachname, Vorname (**Versicherter**):

Geburtsdatum:

Krankenkasse / bitte auch private Zusatzversicherung angeben:

Adresse:

Telefon:

Kinderärztin/Kinderarzt:

Kieferorthopäde / Kieferorthopädin:

- Alter des Kindes \_\_\_\_\_
- Muttersprache: \_\_\_\_\_
- Medikamente: \_\_\_\_\_
- Allergien: \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? \_\_\_\_\_
- Diabetes: \_\_\_\_\_
- Blutgerinnungsstörungen? \_\_\_\_\_
- Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? \_\_\_\_\_
- Andere Erkrankungen? \_\_\_\_\_
- Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt? Wann? \_\_\_\_\_
- Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? \_\_\_\_\_
- Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind? \_\_\_\_\_
- Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?      Handzahnbürste      elektrische  
Zahnbürste
- Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?      ja      nein
- Wenn ja, wann? warum? \_\_\_\_\_

### Fragen für Kinder 1-3 Jahre

- Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? \_\_\_\_\_
- Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? \_\_\_\_\_
- Wird/wurde Ihr Kind gestillt?       ja       nein
- Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?  Wasser  ungesüßter Tee  
 Apfelsaft       Eistee  
anderes \_\_\_\_\_
- Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?  
\_\_\_\_\_

**Datum:**

**Unterschrift:**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hier noch ein Hinweis:

Nutzen Sie die **Angebote Ihrer Krankenversicherung** für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen : ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe.

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die **Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten** notwendig:

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r):

Geburtsdatum:

Adresse:

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: