

Anamnesebogen Kinder

Allgemeine Angaben:

Patient:

Name, Vorname _____ Geburtstag _____

Vater:

Name, Vorname _____ Geburtstag _____ Beruf: _____

Anschrift: _____

Mutter:

Name, Vorname _____ Geburtstag _____ Beruf: _____

ggf. abweichende Anschrift: _____

Erziehungsberechtigt: Eltern nur Mutter nur Vater Andere _____

Über wen ist das Kind versichert: Vater Mutter Andere _____

Handynummer Mutter: _____ Handynummer Vater: _____

E-Mail-Adresse: _____ @ _____

Name der Krankenkasse: _____

Pflichtversichert Freiwillig versichert privat Beihilfe zusatzversichert

Kinderarzt: _____ in _____

Allgemeine Gesundheitsfragen:

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?

Herzerkrankungen: ja nein - wenn ja, welche? _____

Stoffwechselerkrankungen / Diabetes: ja nein

Asthma, Atemnot: ja nein

Blutgerinnungsstörung: ja nein

Allergien: ja nein - wenn ja, welche? _____

Leber-oder Nierenerkrankung: ja nein

Epilepsie, Fieberkrämpfe: ja nein

Infektionskrankheiten HIV, Hepatitis: ja nein

Lernschwäche oder ADHS: ja nein

Genetische Krankheiten oder Entwicklungsstörungen: ja nein

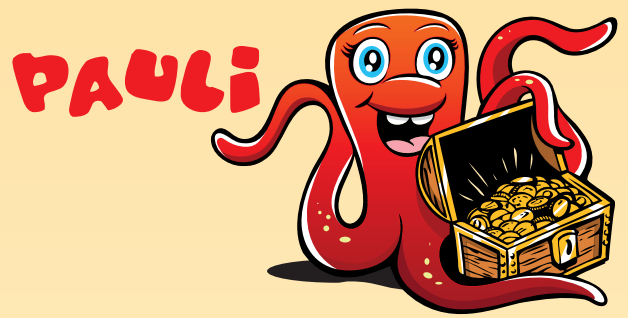
Sonstige Erkrankungen:

Fehlen Impfungen bei Ihrem Kind? ja nein

Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (z.B. Frühgeburt, etc.)? ja nein

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? ja nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? ja nein - wenn ja, welche? _____



Anamnesebogen Kinder

Zahn - Mundsituation:

Was ist der Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches? _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatte Ihr Kind ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund-/Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Funktionelle Anamnese:

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| Hat oder hatte Ihr Kind einen Schnuller oder lutscht/e es am Daumen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein - wenn ja, wie lange? _____ |
| Hatte Ihr Kind eine Polypen- / Ohr- oder Mandeloperation? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde Ihr Kind schon einmal von einem HNO-Arzt untersucht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schnarcht Ihr Kind nachts? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Atmet es oft durch den Mund auch wenn es nicht erkältet ist? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat Ihr Kind Sprachstörungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatte Ihr Kind eine kieferorthopädische Behandlung oder ist eine geplant? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kaut Ihr Kind an den Fingernägeln? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beißt Ihr Kind auf der Lippe oder auf Gegenständen herum? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge und Recall für Ihr Kind? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wie, oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wichtiger Hinweis: Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von 10 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor, eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zu stellen. Wir führen eine Bestellpraxis und reservieren exklusiv für Ihr Kind Zeit. Sollten Sie einmal einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte einen Tag vorher. Bitte beachten Sie, dass wir für versäumte Termine eine Unkostenpauschale in Rechnung stellen können. Vielen Dank.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Zu meiner eigenen Sicherheit werde ich alle Änderungen zu den persönlichen und medizinischen Angaben des Kindes während der Zeitdauer der Behandlung mitteilen.

Stuttgart, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____