



# ANAMNESEBOGEN - KINDER

## Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus.  
Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

### Kind

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o. Ä.: \_\_\_\_\_

Kinderarzt/ Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Versicherungsnehmer

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Sorgeberechtigte

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### ANAMNESE KIND (KRANKENGESCHICHTE)

#### Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_ Und wann das letzte Mal? \_\_\_\_\_

Besteht eine Zahnarztangst?  ja  nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt?  ja  nein Wenn ja, an welchen Zähnen? \_\_\_\_\_

Gab es Zahnunfälle?  ja  nein Wenn ja, an welchen Zähnen? \_\_\_\_\_

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?  ja  nein Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

#### Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

Daumenlutschen  ja  nein

Lispeln  ja  nein

Zungen- oder Wangenpressen  ja  nein

Lippenbeißen  ja  nein

Gebrauch des Schnullers  ja  nein

Dauerhaft offener Mund  ja  nein

Dauerhafte Mundatmung  ja  nein



# ANAMNESEBOGEN - KINDER

## FRAGEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT DES KINDES

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

Allergien?  ja  nein  
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

---

Herz-Kreislaufkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Infektionskrankheiten?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Bluterkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Diabetes?  ja  nein  
Sonstige Erkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig  ja  nein  
Medikamente? Wenn ja, welche?

---

Hat Ihr Kind eine Gelenkprothese,  ja  nein  
zB. ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk? Wenn ja, was genau?

---

## FÜR UNSERE PRAXISORGANISATION:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie
- Kinderarzt  Telefonbuch / Branchenbuch  Kita
- Internetportale, z. B. jameda: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere Internetseite angesehen?  ja  nein

Möchten Sie an die Vorsorgetermine Ihres Kindes telefonisch oder schriftlich erinnert werden?  ja  nein

## ANAMNESE ELTERN

Mutter

Sind Sie von Allergien betroffen?  ja  nein  
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

---

Leiden Sie unter Zahnarztangst?  ja  nein  
Entwickeln Sie schnell eine Karies?  ja  nein

Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Vater

Sind Sie von Allergien betroffen?  ja  nein  
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

---

Leiden Sie unter Zahnarztangst?  ja  nein  
Entwickeln Sie schnell eine Karies?  ja  nein

Haben / hatten Sie eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Ich versichere, die obigen Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben:

Datum

---

Unterschrift

---

Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handele:

Datum

---

Unterschrift

---