



## ANAMNESEBOGEN - KINDER

**Kind** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Mutter** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Vater** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Beruf der Eltern

Mutter \_\_\_\_\_

Vater \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Das Kind ist mitversichert bei \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

privat  pflichtversichert  freiwillig versichert

betreuender Kinderarzt \_\_\_\_\_

### Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes:

	Ja	Nein
Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? (Krankheit der Mutter, Frühgeburt o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen (Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es eine Stoffwechselerkrankung? (z.B. Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankung von Schilddrüse, Niere oder Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkrankungen des Nervensystems (Krampfleiden, Epilepsie, sonstiges)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluterkrankung (Blutarmut / Anämie, Bluter, sonstiges)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergie (wenn ja, welche?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## ANAMNESEBOGEN - KINDER

### Zahnärztliche Anamnese

Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt?  Ja  Nein

Lutscht Ihr Kind oder hat es gelutscht?  Ja  Nein

Wenn Ja, womit? \_\_\_\_\_

Erhält Ihr Kind Fluoride?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche?  Speisesalz  Zahnpasta  Tabletten  andere

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne? \_\_\_\_\_

Putzt es allein, oder putzen Sie nach? \_\_\_\_\_

Kieferorthopädische Besonderheiten \_\_\_\_\_

Sonstige Besonderheit \_\_\_\_\_

### Ernährung bei Kindern

Was isst und trinkt Ihr Kind zum Frühstück? \_\_\_\_\_

Was gibt es als Zwischenmahlzeit? \_\_\_\_\_

Wie häufig gibt es Süßigkeiten? \_\_\_\_\_

Was und wie viel trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf? \_\_\_\_\_

Was isst und trinkt Ihr Kind zum Abendessen? \_\_\_\_\_

Hat ihr Kinde etwas zu trinken am Bett? Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_