



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.)	☐	☐
Herzerkrankungen (Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges)	☐	☐
Gibt es eine Stoffwechselerkrankung? (z.B. Diabetes)	☐	☐
Erkrankung von Schilddrüse, Niere oder Leber	☐	☐
Erkrankungen des Nervensystems (Krampfleiden, Epilepsie, sonstiges)	☐	☐
Bluterkrankung (Blutarmut / Anämie, Bluter, sonstiges)	☐	☐
Allergie (wenn ja, welche?)	☐	☐
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	☐	☐

Ort, Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____



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?
