

Anamnesebogen für Kinder

Zahnarzt Christian Schultz
www.christian-schultz.de

Name: _____
Vorname: _____
Ggf. Spitzname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____

Über **wen** ist Ihr Kind versichert?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Krankenversicherung: _____
Telefon Privat: _____
Handy: _____
E-Mail: _____

Erziehungsberechtigte:

Grund des heutigen **Zahnarztbesuchs**?:

Besteht eine **Zahnarztangst**?:

Wie verliefen eventuelle

bisherige Zahnbehandlungen?:

— Wann war der **letzte Zahnarztbesuch**?:

Hatte Ihr Kind schon einmal **Zahnschmerzen**?:

Hatte Ihr Kind schon mal einen

Unfall im Kopfbereich?:

Hat Ihr Kind schon einmal

eine **Betäubungsspritze** bekommen?:

Wer ist der behandelnde **Kinderarzt**? :

Trifft eine der nachfolgenden **Krankheiten** auf Ihr Kind zu?:

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| > Asthma | <input type="radio"/> | > Tuberkulose | <input type="radio"/> |
| —> Zuckerkrankheit, Diabetes | <input type="radio"/> | > Gelbsucht | <input type="radio"/> |
| > Epilepsie | <input type="radio"/> | > Rheuma / rheumatisches Fieber | <input type="radio"/> |
| > Hörstörungen | <input type="radio"/> | > Nervenerkrankungen | <input type="radio"/> |
| > Spastik | <input type="radio"/> | > Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="radio"/> |
| > Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> | > Immunschwäche | <input type="radio"/> |
| > Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> | > Geistige Verzögerung | <input type="radio"/> |
| > Lungenerkrankungen | <input type="radio"/> | > Geistige Behinderung | <input type="radio"/> |
| > Erkrankungen des Blutes | <input type="radio"/> | > Lernbehinderung | <input type="radio"/> |
| > ADHS | <input type="radio"/> | | |

> **Allergien**:

> **Atmet** Ihr Kind durch den **Mund**?

> Nimmt Ihr Kind **Medikamente** ein?

—> Welche **Medikamente**?:

Falls ja-**worauf**?: _____

Hatte oder hat Ihr Kind eine **Erkrankung des Herzens**?:

> Angeborene oder erworbene **Herzfehler**?

> **Herzoperationen**?

Ernährungsbefragung:

> Isst Ihr Kind gerne **Süßigkeiten**: Ja Nein

> **Wie oft**?: Selten Einmal pro Tag Mehrmals täglich

> Was **trinkt** Ihr Kind im Tagesverlauf?: Wasser Cola Limonade Tee Gesüßt Tee Ungesüßt
 Milch Kakao Saft

Röntgen:

Wann wurde Ihr Kind **zuletzt** geröntgt? _____

Darf Ihr Kind bei bestehender medizinisch-diagnostischer Notwendigkeit **geröntgt** werden?

Ja

Nein

Friedland, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter