



Anamnese- und Beratungsbogen für Kinder

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens tragen Sie dazu bei, dass wir den Gesundheitszustand Ihres Kindes gut beurteilen und Ihr Kind dann auch besser beraten und behandeln können.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geboren am

Anschrift

Telefon privat

Mobil

E-Mail

Krankenkasse

Allgemeinmedizinische Anamnese

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? Ja Nein

Neigt Ihr Kind zu allergischen Reaktionen bei bestimmten Materialien,
Arzneimitteln, Nahrungsmitteln? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Penicillin-, Jod- oder Latexallergie? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind angeborene oder erworbene Herzfehler? Ja Nein

Hat Ihr Kind Herklappenfehler? Ja Nein

Hat Ihr Kind Endokarditis? Ja Nein

Hat Ihr Kind Herzoperationen? Ja Nein

Leidet Ihr Kind an Asthma oder Lungenerkrankungen? Ja Nein

Leidet Ihr Kind an Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

Leidet Ihr Kind an Nervenerkrankungen? Ja Nein

Leidet Ihr Kind an Epilepsie?

Ja Nein

Leidet Ihr Kind an Infektionskrankheiten?

Ja Nein

Zahnärztliche Anamnese

Wann war der letzte Zahnarztbesuch Ihres Kindes?

Hat Ihr Kind schon mal eine schlechte Erfahrung bei einem

Zahnarzt gemacht?

Ja Nein

Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch?

.....

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?

Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Probleme nach einer zahnärztlichen

Behandlung?

Hat Ihr Kind schon Erfahrung mit einer Lachgasbehandlung gemacht?

Ja Nein

Wurde Ihr Kind schon einmal in ITN (Narkose) behandelt?

Ja Nein

Beratung

Möchten Sie über Kariesvorsorge informiert werden (Prophylaxe, Icon,
Speicheldiagnostik, Fissurenversiegelung, Ernährung)?

Ja Nein

Möchten Sie über Möglichkeiten einer kieferorthopädischen Regulation
schiefer Zähne informiert werden?

Ja Nein

Möchten Sie an das Vorsorgeprogramm erinnert werden?

Ja Nein

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Ja Nein

Wenn ja, von wem?

Name und Anschrift des Kinderarztes:

.....

.....

Vielen Dank!

Sollte Ihnen das Beantworten der Fragen in einem der Punkte Probleme bereitet haben,
so sprechen Sie uns bitte direkt darauf an.

.....

Datum

Unterschrift