

## ANAMNESE- UND BERATUNGSBOGEN FÜR KINDER

**Liebe Eltern**, bitte nehmen Sie sich 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

Patient: Name, Vorname \_\_\_\_\_ Patient: Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: Name, Vorname \_\_\_\_\_ Hauptversicherter: Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Patient: Anschrift \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: Anschrift (falls abweichend) \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Name & Anschrift Kinderarzt \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Leidet oder litt Ihr Kind jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

#### Herz/Kreislauf:

Seit: \_\_\_\_\_

Herzinfarkt \_\_\_\_\_

Herzmuskelentzündung \_\_\_\_\_

Herzklappenentzündung \_\_\_\_\_

künstliche Herzklappe \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher \_\_\_\_\_

hoher Blutdruck \_\_\_\_\_

niedriger Blutdruck \_\_\_\_\_

#### Atemwege/Lunge:

Asthma

Tbc

chron. Bronchitis

Schlafapnoe

#### Leber:

Hepatitis  A  B  C

#### Nieren:

Dialysepflichtigkeit

Nierenentzündung

#### Immunschwäche:

Einnahme von Cortison

AIDS

#### Stoffwechsel:

Seit: \_\_\_\_\_

Diabetes Typ I \_\_\_\_\_

Diabetes Typ II \_\_\_\_\_

Schilddr.-Unterfunktion \_\_\_\_\_

Schilddr.-Überfunktion \_\_\_\_\_

Kropf \_\_\_\_\_

#### Nerven/Gemüt:

Seit: \_\_\_\_\_

Krampfanfälle (Epilepsie) \_\_\_\_\_

Lähmungen \_\_\_\_\_

Depressionen \_\_\_\_\_

Angstzustände \_\_\_\_\_

#### Allergie:

Heuschnupfen

Überempfindlichkeit gegen

Nahrungsmittel

Fruchtzucker

Medikamente

Jod

Pflaster

Latex

Antibiotika (z.B. Penicillin)

#### Knochen:

Osteoporose, seit: \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind in der Vergangenheit oder wird es zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Diagnose? \_\_\_\_\_

Wann? Mit welchem Präparat? \_\_\_\_\_

#### Andere Erkrankungen oder Behinderungen?

\_\_\_\_\_

**Gerinnungshemmende Medikamente** (dauerhaft oder in den letzten Tagen), z.B.

Aspirin  ASS  Marcumar

Ticlopidin  Clopidogrel

andere \_\_\_\_\_

#### Regelmäßige Medikamente, z.B.

z.B. Blutdruck- / Herzmedikamente

Schmerzmittel

Psychopharmaka

Antidiabetika

Cortison

andere \_\_\_\_\_

## ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Wann war der letzte Zahnarztbesuch Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?  Ja  Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Probleme nach einer zahnärztlichen Behandlung?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind schon Erfahrung mit einer Lachgasbehandlung gemacht?  Ja  Nein

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

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

## 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? \_\_\_\_\_

### 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