



## ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

### Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus.  
Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

#### Kind

Name / Vorname\*  Geburtstag/-Ort\*

Straße / Nr.\*  PLZ / Ort\*

Tel.\*

Hobbis, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o.ä.:

Kinderarzt/ Hausarzt:\*

#### Versicherungsnehmer

Krankenversicherung\*

Name, Vorname\*  Geburtsdatum\*

Straße / Nr.\*  PLZ / Ort\*

#### Sorgeberechtigte

Name / Vorname\*  Geburtsdatum\*

Straße / Nr.  PLZ / Ort\*

Tel.\*

#### ANAMNESE KIND (KRANKENGESCHICHTE)

##### Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt?  Und wann das letzte Mal?

Besteht eine Zahnarztangst?  ja  nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt?  ja  nein Wenn ja, an welchen Zähnen?

Gab es Zahnunfälle?  ja  nein Wenn ja, an welchen Zähnen?

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?  ja  nein Wenn ja, wo?

##### Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

Daumenlutschen  ja  nein Gebrauch des Schnullers  ja  nein

Lispeln  ja  nein Dauerhaft offener Mund  ja  nein

Zungen- oder Wangenpressen  ja  nein Dauerhafte Mundatmung  ja  nein

Lippenbeißen  ja  nein

\* Pflichtangaben



## FRAGEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT DES KINDES

### Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

Allergien?  ja  nein  
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

---

Herz-Kreislaufkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Infektionskrankheiten?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Bluterkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Diabetes?  ja  nein  
Sonstige Erkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig Medikamente?  
 ja  nein Wenn ja, welche?

---

## ANAMNESE ELTERN

### Mutter

Sind Sie von Allergien betroffen?  ja  nein  
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

---

Leiden Sie unter Zahnarztangst?  ja  nein

Entwickeln Sie schnell eine Karies?  ja  nein

Haben / hatten Sie eine angeborene Zahn- bzw. Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss?  ja  nein Wenn ja, welche?

---

### Vater

Sind Sie von Allergien betroffen?  ja  nein  
Wenn ja, welche? (Bitte geben Sie auch Medikamentenunverträglichkeiten an.)

---

Leiden Sie unter Zahnarztangst?  ja  nein

Entwickeln Sie schnell eine Karies?  ja  nein

Haben / hatten Sie eine angeborene Zahn- bzw. Kieferfehlstellung, z. B. Kreuzbiss?  ja  nein Wenn ja, welche?

---

## FÜR UNSERE PRAXISORGANISATION:

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie  Kinderarzt  Telefonbuch / Branchenbuch  Kita  
 Internetportale, z. B. jameda, gype: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere Internetseite angesehen?  ja  nein

Möchten Sie an die Vorsorgetermine Ihres Kindes telefonisch oder schriftlich erinnert werden?  ja  nein

### Ich versichere, die obigen Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben:

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle:

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_