



KINDER-ANAMNESEBOGEN

(bitte vollständig ausfüllen)

Liebe Eltern!

Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert. Deshalb bitten wir Sie, diesen speziellen Kinder-Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, helfen uns, Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam Dr. Martina Buchheister M. Sc. M. Sc.

Persönliches

Name / Vorname des Kindes:

Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. privat: _____

Tel. mobil: _____

E-Mail: _____

Tel. geschäftl.: _____

Geburtsort des Kindes: _____

gesetzlich versichert Ja Nein

privat versichert Ja Nein

Basistarif Ja Nein

Zusatzversicherung Ja Nein

Beihilfeberechtigt Ja Nein

Familienversichert bei (versicherter Elternteil):

Vater Mutter

Geburtsdatum: _____

Name / Vorname: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, -Ort: _____

Wer ist Ihr Kinderarzt?

Name: _____

Ort: _____

Tel.: _____

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen

Telefon- / Branchenbuch

Zeitungsanzeige

Internet, über die Seite _____

Überweisung von _____

Praxisschild Sonstiges

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes:

Anmerkung: _____

Ja Nein

Allergien:

Ja Nein

Allergiepass?

Wenn ja, welche?

Bitte wenden!

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

- Daumen, Finger Schnuller
- Sonstiges, wie Beißring Trinkfläschchen
- oder ähnliches:

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

- Ja Nein

War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung?

- Ja Nein

Ist Ihr Kind z. Zt. In ärztlicher Behandlung?

- Ja Nein

wenn ja, bei wem?

wenn ja, warum?

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?

- Gelbsucht Ja Nein
- Herzfehler / -krankheit Ja Nein
- Lunge / Asthma Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Nierenerkrankungen Ja Nein
- Krampfanfälle Ja Nein
- Blutgerinnungsstörung Ja Nein
- Sonstige Erkrankungen:

Gibt es sonst noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten?

Putzt Ihr Kind seine Zähne allein?

- Ja Nein
- Handzahnbürste elektr. Zahnbürste
- Wie oft täglich? _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

- Ja Nein

Welche? _____

Ernährung / Essgewohnheiten

- überwiegend süß Obst gemischt
- Fast Food deftig isst wenig
- isst viel isst unkontrolliert

O Lieblingsessen: _____

- Fruchtsäfte Limonaden Mineralwasser
- Tee gesüßt Tee ungesüßt

Hat Ihr Kind Beschwerden?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Erster Besuch beim Zahnarzt?

- Ja Nein

Hat Ihr Kind Angst?

- Ja Nein

Bitte teilen Sie uns Änderungen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes (z.B. Allergien) mit, damit wir diese berücksichtigen können. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und die vorliegenden Informationen gelesen und verstanden habe. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass sie bei Nichteinhaltung ihres Termins eine Ausfallpauschale gelten gemacht werden muss. Termine die 45 Minuten lang sind müssen 48 Stunden vorher abgesagt werden. Termine ab 60 Minuten müssen 10 Tage vorher abgesagt werden.

 Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

