



KINDER ANAMNESEBOGEN

Patient Kind Name _____ Vorname _____ geb. (+Ort) _____
Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____
Anschrift PLZ _____ Ort _____
Strasse/Nr. _____ Tel. _____

Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

Beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

Name des Kinderarztes _____

Anschrift des PLZ _____ Ort _____
Kinderarztes Strasse/Nr. _____ Tel. _____

Erziehungsberechtigt: Vater _____ (Name) Mutter _____ (Name) Beide
Evtl. abweichende Anschrift der Eltern _____

ALLGEMEINE SITUATION

ja / nein
Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten? ja nein
Asthma, Atemnot ja nein
Herzerkrankungen ja nein
Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
Genetische Erkrankungen ja nein
Tumore ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Epilepsie (Krampfanfälle) ja nein
Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV) _____
Allergien? Wenn ja, welche? _____
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? _____
Wenn ja, welche? _____

ZAHN-MUND-SITUATION

ja / nein
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt ja nein
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Was ist der Grund des heutigen Besuches?

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt?

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

BITTE BEACHTEN SIE DIE FOLGENDEN DINGE, DIE ZU EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG BEITRAGEN:

- Erscheinen Sie möglichst 15 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich zu akklimatisieren.
- Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
- Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“, „Du brauchst keine Angst zu haben“ etc.

VIELEN DANK

Datum _____

Unterschrift _____