



ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

PATIENTENDATEN

Vorname, Name Krankenkasse

Geburtsdatum Zahnarzt

Geburtsort Kinderarzt/Hausarzt.....

Adresse Überwiesen durch

HAUPTVERSICHERTE(R) / ERZIEHUNGSBERECHTIGTE(R)

Vorname, Name Telefon

Geburtsdatum E-Mail

Geburtsort Beruf

ALLGEMEINE ANAMNESE

Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung der folgenden Organe/ Systeme? Zutreffendes bitte ankreuzen und benennen:

Herz / Lunge / Niere / Leber / Schilddrüse
Magen-Darm / Zentralnervensystem

JA | NEIN

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

Wenn JA, an welcher?

Sind Allergien/ Unverträglichkeiten bekannt?

Wenn JA, welche?

Liegen Infektionserkrankungen wie HIV, Hepatitis oder Tuberkulose vor?

Wenn JA, welche?

Liegt/Lag bei Ihrem Kind eine Rachitis vor?

Wenn JA, welche?

Liegt eine rheumatische Erkrankung vor?

Gab es während der Schwangerschaft/Geburt Besonderheiten?

Gibt/Gab es Probleme bei der Sprachentwicklung?

Wenn JA, welche?

Ist Ihr Kind in orthopädischer Behandlung?

SPEZIELLE ANAMNESE

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt oder beraten?

JA | NEIN

Wenn JA, wo?

In welchem Alter bekam Ihr Kind den ersten Milchzahn?

.....

Wurde/Wird gelutscht bzw. genuckelt oder an Lippen/Nägeln gebissen?

Sind Probleme des Kiefergelenks bekannt?

Gab es einen Unfall, bei dem Zähne oder das Gesicht betroffen waren?

Wenn JA, wann?

Wurde in den letzten 12 Monaten eine Röntgenaufnahme im Mundbereich gemacht?

Wenn JA, wo?

Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit!

Hamburg, den Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten.....

