



ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER
HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

PATIENT:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

VERSICHERT ÜBER:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

ÜBERWEISUNG VON: _____

BISHERIGER ZAHNARZT: _____

WANN WAR DER LETZTE ZAHNARZTBESUCH?

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung?

- Ja Nein Wurde bereits eine Zahnbehandlung in Vollnarkose durchgeführt?
- Ja Nein Besteht eine Zahnarztangst?
- Ja Nein Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?
- Ja Nein Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund / Kieferbereich?
- Ja Nein Hat Ihr Kind Allergien?
- Ja Nein Nimmt Ihr Kind Medikamente?

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- Ja Nein Asthma
- Ja Nein Bluterkrankung
- Ja Nein Schilddrüsenerkrankung
- Ja Nein Magen-Darm-Erkrankung
- Ja Nein Lungenerkrankung
- Ja Nein Lebererkrankung
- Ja Nein Anfallsleiden z.B. Epilepsie
- Ja Nein Rheuma
- Ja Nein Immunschwäche
- Ja Nein Nierenerkrankung
- Ja Nein Nervenerkrankung
- Ja Nein Tuberkulose
- Ja Nein Herzerkrankung

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

- Cola
- Limonade
- Tee
- Milch
- Kakao
- Mineralwasser
- Sonstige Getränke