

Anamnesebogen für Kids & Teens

PATIENT (Kind):

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum

HAUPTVERSICHERTER (z. B. Elternteil, Erziehungsberechtigter):

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum

Straße + Hausnr.

PLZ/Ort

Tel.

Krankenversicherung

E-Mail

Mobil

1. Hat oder hatte Ihr Kind folgende Erkrankungen und/oder Allergien?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Herz-/Herzklappenleiden | ☐ Blutgerinnungsstörung | ☐ Epilepsie |
| ☐ Asthma | ☐ Latex-Allergie | ☐ Antibiotika-Allergie |
| ☐ TBC | ☐ HIV | ☐ Hepatitis |
| ☐ Autismus | ☐ Entwicklungsverzögerung | ☐ sonstiges |

2. Benötigt Ihr Kind eine Endokarditis-Prophylaxe?

- ☐ Ja ☐ Nein

3. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- ☐ Ja, welche?

- ☐ Nein

4. Wird oder wurde Ihr Kind gestillt?

- ☐ Ja, wie lange?

- ☐ Nein

5. a. Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne?

Anamnesebogen für Kids & Teens

5. b. Womit putzt Ihr Kind?

☐ Handzahnbürste

☐ Elektrische

c. Putzt Ihr Kind allein?

☐ Ja

☐ Nein

6. Bekommt Ihr Kind Fluoride?

☐ Ja, in welcher Form?

☐ Nein

7. Aus welchem Grund sind Sie heute zu uns gekommen?

8. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

☐ Ja - wann?

☐ Nein

9. Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt?

**10. Wurden bei Ihrem Kind Röntgenaufnahmen der Zähne und/oder des Kiefers
angefertigt?**

☐ Ja, bei welchem Arzt?

☐ Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben:

Ort / Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter(in)