

Kinder Anamnesebogen

Patient Kind Name _____ Vorname _____ Geb. _____
Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ Geb. _____
Anschrift Straße _____ Ort _____
 Tel. _____ Handy Nr. _____
 E-Mail _____
Name der Krankenkasse _____
Beihilfeberechtigt? ja nein zusätzlich versichert freiwillig versichert
Name/Anschrift des Kinderarztes _____

Allgemeine Situation

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma, Atemnot	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Herzerkrankungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tumore	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Allergien (z.B. Pollen, Penicillin)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Wenn ja, welche? _____
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Sonstige Erkrankungen _____

Zahn-Mund-Situation

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt ja nein
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Name des Kieferorthopäden: _____

Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt? _____

Empfohlen / Überwiesen durch: _____

Bitte beachten Sie die folgenden Dinge, die zu einer erfolgreichen Behandlung beitragen:

- *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 haben“, etc.*

Vielen Dank

Datum

Unterschrift