

# Anamnesebogen für Kinder

## Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

## Kind

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Hobbys, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o. Ä. \_\_\_\_\_

Kinderarzt / Hausarzt \_\_\_\_\_

## Versicherungsnehmer

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## Sorgeberechtigter

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

## Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis – das heißt, dass wir die Zeit für Ihren Termin extra für Sie reservieren. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen ansonsten die durch Ihr Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden, Bekannten, Familie  Kinderarzt  Telefonbuch / Branchenbuch  Kita

Internetportale, z. B. jameda: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie sich vor Ihrem Besuch unsere Internetseite angesehen?  ja  nein

Möchten Sie an die Vorsorgetermine Ihres Kindes erinnert werden?  nein  ja, per  SMS  E-Mail  telefonisch

## ANAMNESE DES KINDES (KRANKENGESCHICHTE)

### Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_ Und wann das letzte Mal? \_\_\_\_\_

Besteht Zahnarztangst?  ja  nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt?  ja  nein  
Wenn ja, wann und an welchen Zähnen? \_\_\_\_\_

Gab es Zahnunfälle?  ja  nein  
Wenn ja, welches Alter und an welchen Zähnen? \_\_\_\_\_

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?  ja  nein Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

