

# Anamnesebogen Kinder

## Allgemeine Angaben:

Patient: Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Vater: Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Mutter: Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_

Anschrift: PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigt: Eltern ( ) nur Mutter ( ) nur Vater ( )  
Andere \_\_\_\_\_  
Über wen ist das Kind versichert : Vater ( ) Mutter ( ) andere ( )  
Handynummer Mutter: \_\_\_\_\_  
Handynummer Vater: \_\_\_\_\_  
email Adresse: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Pflichtversichert ( ) freiwillig versichert ( ) privat ( ) Beihilfe ( ) zusatzversichert ( )  
Kinderarzt: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

## Allgemeine Gesundheitsfragen:

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?  
Herzerkrankungen, welche ja/nein  
Stoffwechselerkrankungen/Diabetes ja/nein  
Asthma, Atemnot ja/nein  
Blutgerinnungsstörung ja/nein  
Allergien, wenn ja welche \_\_\_\_\_ ja/nein  
Leber-oder Nierenerkrankung ja/nein  
Epilepsie, Fieberkrämpfe ja/nein  
Infektionskrankheiten HIV,Hepatitis ja/nein  
Lernschwäche oder ADHS ja/nein  
Genetische Krankheiten oder Entwicklungsstörungen ja/nein  
Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_  
  
Fehlen Impfungen bei Ihrem Kind? ja/nein  
Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (z.B.) Frühgeburt? ja/nein  
War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? ja/nein  
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? \_\_\_\_\_ ja/nein

## Zahn – Mundsituation

Was ist der Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_  
War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt? ja/nein  
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja/nein

Hatte Ihr Kind ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? ja/nein  
Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund-/Gesichtsbereich? ja/nein

### Funktionelle Anamnese:

Hat oder hatte Ihr Kind einen Schnuller oder  
lutscht/e es am Daumen, wenn ja wie lange? \_\_\_\_\_ Ja /nein  
Hatte Ihr Kind eine Polypen- /Ohr- oder Mandeloperation? Ja/nein  
Wurde Ihr Kind schon einmal von einem HNO Arzt untersucht? Ja/nein  
Schnarcht Ihr Kind nachts? ja/nein  
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja/nein  
Atmet es oft durch den Mund auch wenn es nicht erkältet ist? ja/nein  
Hat Ihr Kind Sprachstörungen? ja/nein  
Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? ja/nein  
Hatte Ihr Kind eine kieferorthopädische Behandlung oder ist eine geplant? ja/nein  
Kaut Ihr Kind an den Fingernägeln? ja/nein  
Beißt Ihr Kind auf der Lippe oder auf Gegenständen herum? ja/nein

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge und Recall für Ihr Kind? ja/nein

Wie, oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

**Hinweis: Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von 10 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor, eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zu stellen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr von 75 Euro je angefangene halbe Stunde berechnen müssen, sofern die Terminlücke nicht durch einen anderen Patienten geschlossen werden kann (nach § 615 BGB).  
Bonn , den**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r