

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