



Kinderanamnesebogen

Name:..... Vorname:..... Geburtstag:.....
Straße:..... PLZ/ Ort:..... Telefon:.....
Geburtsort:..... Geburtsname:.....

Angabe der Eltern:

Name/Vorname Mutter :..... Geburtstag:.....

Name/Vorname Vater:..... Geburtstag:.....

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. **Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht** und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Leidet Ihr Kind an:

	JA	NEIN		
1.einer Erkrankung des Herzens? Wenn ja, welche: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Verträgt Ihr Kind bestimmte Medikamente nicht? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falls ja, welche: _____ _____	
2. nachstehend aufgeführten Erkrankungen? - Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> -Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Allergien (z.B. Medikamente, Heuschnupfen) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ - Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Asthma / Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Nervenerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → befinden oder befanden Sie sich in psychologischer Behandlung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ - Lebererkrankung/Gelbsucht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Rheuma/rheumatisches Fieber <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Magen- Darmerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			4. Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falls ja, welche: _____ _____ 5. Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein? _____ _____ 6. Wann wurde Ihr Kind ungefähr zum letzten Mal geröntgt? _____ Welches Organ? _____	
			7. Wünschen Sie bei Notwendigkeit eine Betäubung? (siehe Aufklärung Rückseite Vollmacht) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			8. Befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			9. Willigen Sie in Fluoridierungsmaßnahmen ein? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Wünschen Sie, dass wir Sie in unserem Erinnerungsservice (Recall) aufnehmen und Sie zur nächsten fälligen Untersuchung (Bonusstempel) anschreiben?

Datum

Unterschrift des Patienten