

ANAMNESEBOGEN

Wir freuen uns sehr, Sie mit Ihrem Kind bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Daher bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihr Kind bestmöglich betreuen können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Straße PLZ / Ort

Telefon Telefon mobil

Haus- / Kinderarzt (Name / Adresse / Telefon)

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Beihilfeberechtigt Privat versichert Zusatzversicherung

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Straße PLZ / Ort

WARUM SUCHEN SIE UNS MIT IHREM KIND AUF?

Routinekontrolle Schmerzbehandlung Erster Besuch

Sonstiges

MUNDGESUNDHEIT

WELCHE LUTSCHGEWOHNHEITEN HAT IHR KIND?

Daumen, Finger Schnuller Trinkfläschchen Sonstiges (z. B. Beißring)

GAB ES BEREITS KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNGEN?

Elternteil ja nein Kind ja nein

ZÄHNE PUTZEN

Putzt Ihr Kind seine Zähne allein? ja nein Wie oft täglich?

Wie wird geputzt? Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste

ALLGEMEINE GESUNDHEIT

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN.

Herzerkrankungen. Wenn ja, welche:

.....
.....

Herzklappenersatz

Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?

Besitzt Ihr Kind einen Herzpass?

Blutgerinnungsstörung

Schilddrüsenerkrankung

Diabetes (Typ I oder II)

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)

Nierenfunktionsstörungen

Infektiöse Erkrankungen
(HIV, Hepatitis, Tuberkulose)

Epilepsie

Tumorerkrankungen

Magen-Darm-Erkrankung

Allergien. Wenn ja, welche:

.....
.....
.....

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?

Entwicklungsstörungen

Operationen. Wenn ja, welche:

.....

Ist Ihr Kind aktuell in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, warum?

.....
.....
.....

MEDIKAMENTE

WELCHE MEDIKAMENTE NIMMT IHR KIND EIN?

.....
.....
.....

Unverträglichkeit gegen Medikamente.

Wenn ja, welche:

.....
.....

SOLLTEN WIR ETWAS BESONDERES BERÜCKSICHTIGEN?

(z.B. gab es vielleicht besonders gute oder schlechte Erfahrungen?)

.....
.....
.....
.....
.....

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert.
Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen
Schweigepflicht. Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben.

Datum

. Unterschrift des Erziehungsberechtigten