



Anamnesebogen Kinder

Sehr geehrte Eltern,

die kariesprophylaktische und zahnärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen ist in unserer Praxis ein besonderer, zertifizierter Schwerpunkt. Ein altersgerechtes Eingehen auf das Kind oder den Jugendlichen um Vertrauen aufzubauen und Ängste zu nehmen, ist für uns eine Selbstverständlichkeit.

Damit wir Ihr Kind bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Patient

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum / Geburtsort _____

Tel. Festnetz / Tel- mobil _____

Versicherter

Ehegatte

Vater/Mutter

Gesetzlicher Vormund

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum / Geburtsort _____

Tel. Festnetz / Tel- mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Versicherung

Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Hausarzt

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Können Sie Ihren Termin nicht einhalten, dann sagen Sie ihn möglichst 24 Std. vorher ab.





Bestehen bei Ihrem Kind folgende Gesundheitsstörungen oder Risikofaktoren?

Allergien/ Überempfindlichkeitsreaktionen? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? ja nein
Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten? (z.B. ASS, Marcumar)

Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS) ja nein
Wenn ja, welche? _____

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? (z.B. Scharlach, häufige Erkältungskrankheiten?)

Hat Ihr Kind noch Geschwister? Wenn ja, welchen Alters? ja nein

Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? ja nein

Wann kamen die ersten Milchzähne?
 zwischen dem 06. und 07. Monat nach dem 8. Monat

Sind bei einem Unfall die Milchzähne verloren gegangen oder die bleibenden ja nein
Wenn ja, welche? _____

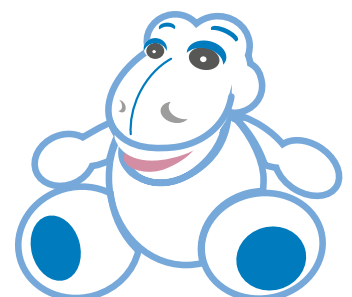
War Ihr Kind bereits beim Hals-Nasen-Ohren-Arzt? ja nein
 Polypen wurden entfernt Mandeln wurden entfernt

Atmet Ihr Kind mehr: durch den Mund durch die Nase?

Setzt Ihr Kind beim Schlafen mit der Atmung aus? ja nein

Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? ja nein

Schnarcht Ihr Kind? ja nein





Zahnarztpraxis

Dr. Susann Wellmer

Hat Ihr Kind gelutscht?

am Daumen am Nuckel

ja nein lutscht noch

**Ist Ihnen bei Ihrem Kind beim Sprechen /
Reden schon einmal eine Störung aufgefallen?**

ja nein

Medikamente/ Dosierung:

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes und der Einnahme von Medikamenten mit!

**Ich bin mit der Wiedereinbestellung zu Kontrolluntersuchungen
und Prophylaxeterminen einverstanden.**

ja nein

Datum

Unterschrift

www.zahnarzt-wellmer.de

