

Anamnesebogen für Kinder

Kind

Name _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
 Straße _____ PLZ / Ort _____
 Kinderarzt _____

Versicherungsnehmer / Rechnungsempfänger

Krankenkasse _____
 Name _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Telefon privat/geschäftlich _____
 E-mail _____
 Sorgeberechtigter _____

Allgemeine Gesundheitsfragen (zutreffendes bitte ankreuzen):

- **Allergien** JA NEIN
 Wenn ja, welche? _____
 - **Herz-Kreislauf-Erkrankung** JA NEIN
 Wenn ja, welche? _____
 - **Bluterkrankungen** JA NEIN
 Wenn ja, welche? _____
 - **Infektionskrankheiten** JA NEIN
 Wenn ja, welche? _____
 - **Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente nehmen?** JA NEIN
 Wenn ja, welche? _____
 - **Sonstige Erkrankungen?** JA NEIN
 Wenn ja, welche? _____
 - **Diabetes (Zuckerkrankheit)** JA NEIN
- War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? JA NEIN
 Hat oder hatte Ihr Kind in letzter Zeit Zahnschmerzen? JA NEIN
 Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? JA NEIN
 Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung? JA NEIN
 Wurde Ihr Kind im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt? JA NEIN
 Wenn ja, wann? _____
 Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? JA NEIN
 Wenn ja, welche? _____
 Wurde Ihr Kind zu uns überwiesen? JA NEIN
 Was hat Ihr Kind für Hobbys? _____

Datum _____ Unterschrift _____