

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Liebe Eltern,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Im Interesse der Behandlung Ihres Kindes bitte wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sollten Sie hierbei Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter. Veränderungen des Krankheitsbildes, und/oder die Einnahme weiterer, bzw. neuer Medikamente teilen Sie uns bitte mit. Auch das Absetzen bestimmter Arzneimittel geben Sie bitte bekannt. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kind

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Erziehungsberechtigter _____ Tel. _____

Krankenversicherung _____ gesetzlich privat

Wer ist Hauptversicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist der Kinderarzt/Hausarzt?

Name _____ Tel. _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Bekannte/Familie Telefonbuch Zeitung Überweisung
 Internet Sonstiges _____

Liegen folgende Erkrankungen vor?

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | Asthma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Muss eine Endokarditisprophylaxe durchgeführt werden
<small>(bei Vorliegen bestimmter Herzerkrankungen wird dies vom Hausarzt angewiesen)</small> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Diabetes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leber (Hepatitis - Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | HIV (Aids) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sonstige Infektionen / Erkrankungen: | |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ | |
| | | _____ | |

Hatte Ihr Kind ein Trauma im Kopfbereich? ja nein

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wird ein Medikament zu Blutverdünnung eingenommen?

ja nein

Sind bei Ihrem Kind Unverträglichkeiten gegen Medikamente

oder Spritzen aufgetreten? ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Wann erfolgte die letzte Röntgenaufnahme im

Zahnbereich? _____

Gab es Operationen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich

oder an den Zähnen? ja nein

Wenn ja, welcher Art und wann?

Zum Schluss

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja nein

Ist Ihr Kind ängstlich beim Zahnarzt bzw. hat es schon einmal
negative Erfahrungen gemacht? ja nein

Was mag Ihr Kind überhaupt nicht?

Möchten Sie von uns an die Vorsorgeuntersuchung

erinnert werden? ja nein

Datum

Unterschrift