

## Anamnesebogen für Kinder

### Liebe Eltern!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die weitere Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird den persönlichen Unterlagen Ihres Kindes angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

### Angaben zum Patienten

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Versicherten

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße / Nr. : \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Name / Vorname d. Ehepartners (des zweiten Erziehungsberechtigten): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert     privat versichert     Basistarif     beihilfeberechtigt     Zusatzversicherung

Ist bereits ein Geschwisterkind des Patienten in kieferorthopädischer Behandlung?     ja     nein

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_    Tel.: \_\_\_\_\_

### In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen     Telefon / Branchenbuch

Zeitungsanzeige

Sonstiges

Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?

Ja     Nein

### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

## Leidet oder litt Ihr Kind an Erkrankungen der/ des ...

Herzens oder Kreislaufs	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nieren	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Traktes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gelenke (Rheuma)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wirbelsäule	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

## Allergien / Überempfindlichkeiten

Sind bei Ihrem Kind jemals Unverträglichkeiten aufgetreten?  
 ja  nein

Wenn ja, wogegen?

---

Hat Ihr Kind einen Allergiepass?  ja  nein

## Hat oder hatte Ihr Kind ...

hohen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutungsneigung / Bluterkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
einen Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma / Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV (Aids)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welcher Typ?	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
Sonstige Infektionen / Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche?		

---

## Vorherige Behandlungen

Steht Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?  
 ja  nein

Wenn ja, warum?

---

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?  
Wenn ja, welche?  ja  nein

---

Ist bei Ihrem Kind eine der folgenden Therapien durchgeführt worden?  
 ja  nein

orthopädisch  physiotherapeutisch  logopädisch

Wenn ja, warum?

---

## Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_  
Wann wurde Ihr Kind zuletzt im Kopf-/Halsbereich geröntgt? Welche Aufnahmen wurden gemacht?

---

Schmerzt das Kiefergelenk / der Kiefer?  ja  nein  
Knackt das Kiefergelenk?  ja  nein  
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?  ja  nein  
Wenn ja,  tagsüber  nachts  
Neigt Ihr Kind zu Kopfschmerzen?  ja  nein

Wenn ja, wie häufig? \_\_\_\_\_

Hat oder hatte Ihr Kind Zahnfleischbluten?  ja  nein  
Atmet Ihr Kind vorwiegend durch  Mund oder  Nase?  
Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?  ja  nein  
Schnarcht Ihr Kind nachts?  ja  nein  
Lutscht Ihr Kind an ...  
 Daumen  Finger  Schnuller?

Wenn ja, wie viele Stunden pro Tag? \_\_\_\_\_

Bis zu welchem Lebensjahr? \_\_\_\_\_

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf  
 Zunge  Lippe  Fingernagel  Bleistift  Sonstiges

---

Hat oder hatte Ihr Kind einen Sprachfehler?  ja  nein  
Liegen bei Ihrem Kind Hals-, Nasen- und  ja  nein  
Ohrenproblematiken vor?  
Wenn ja, welche?

---

Gab es Unfälle im Kiefer-/ Gesichtsbereich?

ja  nein

Wenn ja, welcher Art?

---

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch beraten und/oder behandelt?  ja  nein  
Wie lange ist das her? \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Jahre

Name und Ort des Vorbehandlers

---

## Zum Schluss

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen Zahn- oder Kieferfehlstellung kieferorthopädisch behandelt?

ja  nein

Wenn ja, wer?

---

Spielt Ihr Kind ein Blasinstrument?  ja  nein

Falls ja, welches? \_\_\_\_\_

Ich versichere hiermit, dass ich im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle bzw. das alleinige Sorgerecht habe. Alle Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht und **informiere die Praxis bei Änderungen.**

Datum

Unterschrift