



---

# ZAHNARZTPraxis

am Lutherbogen

## KINDER-ANAMNESEBOGEN

Liebe Eltern!

Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert. Deshalb bitten wir Sie, diesen speziellen Kinder-Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns, Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

### Persönliches

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon (privat):

familienversichert bei

Vater

Mutter

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse, wenn abweichend

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Wer ist ihr Kinderarzt?

Name:

PLZ / Ort:

---

spezielle Anamnese

Hat Ihr Kind Allergien?

ja       nein

Wenn ja, welche?

---

---

Allergiepass?

ja       nein

Welche Lutschgewohnheiten hatte / hat Ihr Kind?

Daumen, Finger

Schnuller

Trinkfläschen

sonstiges (z.B. Beißring)

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

ja       nein

Ist ein Elternteil in kieferorthopädischer  
Behandlung?

ja       nein

Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung?

ja       nein

Wenn ja, bei wem?

---

Wenn ja, warum?

---

Zur Zahnpflege

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?

ja       nein

Handzahnbürste

elektrische Zahnbürste

Wie oft putzt Ihr Kind täglich?

---

Putzen Sie selbst nochmal nach?

ja       nein

Zur Ernährung

überwiegend süß                       überwiegend deftig                       gemischt

Obst

Fast Food

isst wenig

isst viel

normal

noch mehr zur Ernährung...

Fruchtsäfte

Limonaden

Wasser

Tee ungesüßt

Tee gesüßt

Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?

Gelbsucht

Herzfehler / -krankheit

Lungenerkrankung / Asthma

Nierenerkrankung

Blutgerinnungsstörung

Diabetes

Epilepsie

sonstiges:

---

### Zum Schluss

Erster Besuch beim Zahnarzt?

ja

nein

Hat Ihr Kind Angst?

ja

nein

Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßige Kontrolluntersuchung erinnern?

ja

nein

Wenn ja, dann tragen Sie hier ihre E-Mail Adresse ein:

---

### Hinweise zur Organisation

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

Wenn Ihnen kurzfristig auffällt, dass Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, dann sagen Sie bitte vorher telefonisch Bescheid!

Bei länger eingeplanten Sitzungen, die von Ihnen nicht abgesagt wurden, stellen wir diese für Sie reservierte Zeit in Rechnung.

Vielen Dank!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

**Ort / Datum:**

**Unterschrift:**