



## Kinderanamnese- und Beratungsbogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Ihrem Kind eine bestmögliche und individuelle Behandlung ermöglichen. Dabei ist Ihre Mithilfe notwendig. Bitte füllen Sie nachfolgenden Bogen sorgfältig aus, gern helfen wir Ihnen bei der Beantwortung der Fragen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht!

### Angaben zum Kind

Name / Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtstag \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Kinderarzt \_\_\_\_\_



### Erster Besuch beim Zahnarzt?

Ja  Nein

### Grund Ihres Besuches

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Hat Ihr Kind Beschwerden?

Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_

### Hat Ihr Kind Angst?

Ja  Nein

### Hat/hatte Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen?

Gelbsucht  Herzerkrankungen/-fehler  Lunge/ Asthma   
Diabetes  Nierenerkrankungen  Krampfanfälle   
ADHS/ADS  Angstzustände  Blutgerinnungsstörung

### Allergien?

Ja  Nein  Allergiepaß

Welche: \_\_\_\_\_

### Medikamenteneinnahme:

Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_

### Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

### Kieferorthopädische Behandlung:

Ja  Nein  Bei wem: \_\_\_\_\_

### Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?

Ja  Nein

Welche: Daumen/Finger  Schnuller

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?

Ja  Nein  Wie oft: \_\_\_\_\_

### Ernährung/Essgewohnheiten

Überwiegend süß  Obst  gemischt

Fast food  Isst wenig  viel

Fruchtsäfte  Limonaden  Mineralwasser

Tee gesüßt  ungesüßt

Lieblingssessen: \_\_\_\_\_

### Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnern?

Ja  Nein

### Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift



# Anmeldebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Das ist sehr wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Patient/in

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer, PLZ, Ort		
Telefon / Mobil	E-Mail	
Krankenkasse oder Versicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung
Beruf		

## Mitglied/Zahlungspflichtiger (nur ausfüllen, wenn abweichend von „Patient“)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer, PLZ, Ort		
Telefon / Mobil	E-Mail	
Krankenkasse oder Versicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung
Beruf		

## Grund Ihres Besuches

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung  | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung    | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz      |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen         | <input type="checkbox"/> Zahnfehlstellung | <input type="checkbox"/> Aussehen der Zähne           |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten     | <input type="checkbox"/> Mundgeruch       | <input type="checkbox"/> Wunsch nach neuem Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen   | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____             |