



Anamnesebogen

Name des/r Patienten/in	Vorname	Geburtsdatum
Name des/r Versicherten/Rechnungsempfänger	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße	Telefon
	Mobil-Nr.	E-Mail Adresse
Arbeitgeber des Versicherten	überwiesen von	empfohlen durch
Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?	<input type="radio"/> pflichtversichert	<input type="radio"/> freiwillig
	bei Privatversicherten <input type="radio"/> mit Beihilfe <input type="radio"/> ohne Beihilfe	

Lieber Patient, liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Damit wir Ihrem Kind eine bestmögliche medizinische Betreuung ermöglichen können, möchten wir Sie bitten, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Hat Ihr Kind einen Hauszahnarzt? ja nein Name und Ort: _____

1. Hat Ihr Kind noch Geschwister? ja nein Alter: _____

2. Ist Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein

3. War Ihr Kind bereits bei einem Sprachtherapeuten? ja nein

4. Liegen ähnliche Zahnfehlstellungen in der Familie vor? ja nein

5. Wann kamen die ersten Milchzähne? zwischen dem 6. u. 7. Monat nach dem 8. Monat

6. Wann kamen die bleibenden Schneidezähne? im 6.-7. Lebensjahr nach dem 7. Lebensjahr

7. Sind bei einem Unfall Zähne beschädigt/verloren gegangen? ja nein

8. Welche Krankheiten hatte Ihr Kind?
(z. B. rheumatische Erkrankungen, Scharlach, Gelbsucht) _____

9. Bestehen zur Zeit ansteckende Erkrankungen?
(z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) _____

10. Bestehen Allergien? ja nein gegen: _____

11. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein folgende: _____

12. Atmet Ihr Kind mehr durch den Mund? durch die Nase?

13. War Ihr Kind bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt? ja nein
 Polypen wurden entfernt Mandeln wurden entfernt

14. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen? ja nein

15. Hat ihr Kind gelutscht? ja nein es lutscht noch
 am Daumen am Nuckel

16. Schnarcht Ihr Kind? ja nein

17. Setzt ihr Kind beim Schlafen mit der Atmung aus? ja nein

Datum

Unterschrift