



Anamnesebogen

Sehr geehrte Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir Ihr Kind bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! Vielen Dank für Ihre Mühe.

Patient/Kind:

Name, Vorname Geburtsort

Erziehungsberechtigter

Name, Vorname Geburtsdatum

Telefon Festnetz Mobil Dienstlich

Email Kinderarzt/Hausarzt

Bestehen bei Ihrem Kind folgende Gesundheitsstörungen? **Ja** **Nein**

1. Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen? Wenn ja welche?

2. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung?

3. Diabetes?

4. Herzerkrankungen?

5. Infektionserkrankungen? Wenn ja, welche?

6. Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung oder wurde bereits eine Behandlung durchgeführt?
Wenn ja, bei wem?

7. Setzt Ihr Kind beim Schlafen mit der Atmung aus?

8. Knirscht Ihr Kind nachts mit den Zähnen?

9. Lutscht Ihr Kind, oder hat gelutscht?

10. Sind Sie damit einverstanden, dass bei Ihrem Kind bei med. Notwendigkeit Röntgen-Aufnahmen angefertigt werden?

11. Möchten Sie regelmäßig an die Vorsorge Ihres Kindes erinnert werden?

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r