



## ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!  
Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Behandlungsbogen vollständig auszufüllen.  
Sämtliche Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.  
Bitte teilen Sie uns Änderungen der Anschrift und des Gesundheitszustandes umgehend mit.

### PATIENTENINFORMATIONEN

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Krankenversicherung \_\_\_\_\_

### HAUPTVERSICHERTER (FALLS ABWEICHEND)

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse (falls abweichend) \_\_\_\_\_

### VERSICHERUNGSSTATUS

Privat versichert:  Beihilfe  Basistarif  Vollversichert

Gesetzlich versichert:  pflichtversichert  freiwillig versichert  mit priv. Zusatzversicherung

### WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Beruf / Beruf der Eltern \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_

Zahnarzt \_\_\_\_\_

Überwiesen durch \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

TEIL 1/3



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte informieren Sie uns vor jeder Behandlung, wenn sich inzwischen Änderungen bei den Antworten zum Fragebogen ergeben haben. Lassen Sie sich von uns diesen Bogen wieder vorlegen, wenn Sie die Fragen bei einer späteren Behandlung nicht mehr vollständig in Erinnerung haben.

- Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?  JA  NEIN  
Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Weshalb? \_\_\_\_\_  
Name des behandelnden Arztes \_\_\_\_\_
- Bestehen schwerwiegende Krankheiten?  
(Rachitis, Diabetes, Herzfehler, sonstige Krankheiten)  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Wurde Ihr Kind im Bereich Hals-Nasen-Ohren operiert?  
(Gaumenmandeln-Tonsillektomie, Nasenscheidewandbegradigung,  
Parazentese-Röhrchen im Trommelfell)  JA  NEIN  
Wenn ja, welche Operation? \_\_\_\_\_
- Leidet Ihr Kind an Allergien? (Heuschnupfen, Unverträglichkeit  
gegen Nahrungsmittel, Materialien oder Medikamente)  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind häufig Erkältungskrankheiten?  
(Schnupfen, Angina, Bronchitis)  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht bei Ihrem Kind hauptsächlich Mundatmung?  JA  NEIN
- Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Folgen für den Kopf-Hals-Bereich?  JA  NEIN  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Mit Zahnverletzung, Zahnverlust oder Kieferbruch?  JA  NEIN
- Hat Ihr Kind Beschwerden beim Kauen?  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Treten wiederkehrend/zeitweise Schmerzen im  
Kopf- oder Nackenbereich auf?  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

TEIL 2/3



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN »

---

- Sind Angewohnheiten bekannt, die die Kau-, Gesichts- oder Nackenmuskulatur betreffen? (Zungenpressen, Lippeneinsaugen)  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Lutscht Ihr Kind Daumen, Finger oder Schnuller?  JA  NEIN  
Wenn ja, was und wie lange? \_\_\_\_\_
- Wurde bereits eine krankengymnastische, physiotherapeutische oder osteopathische Behandlung durchgeführt?  JA  NEIN  
Wenn ja, warum? Welche? \_\_\_\_\_
- Gibt es Besonderheiten beim Sprechen? (Lispeln)  JA  NEIN
- Ist oder war Ihr Kind bereits in logopädischer Behandlung?  JA  NEIN  
Wenn ja, warum? Welche? \_\_\_\_\_
- War Ihr Kind schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung?  JA  NEIN  
Vorbehandler: \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_
- Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_

GEMÄSS DER RÖNTGENVERORDNUNG BITTEN WIR FOLGENDE FRAGEN ZU BEANTWORTEN

- Wurden schon einmal Modelle angefertigt?  JA  NEIN
- Wurde schon einmal im Zahn-Mund-Kieferbereich geröntgt?  JA  NEIN
- Wenn ja, war das innerhalb der letzten 12 Monate?  
Wenn ja, bei welchem Arzt, Zahnarzt oder in welchem Krankenhaus?  
\_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine frühzeitig abzusagen, falls Sie verhindert sind.  
Ansonsten sind wir berechtigt, nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen.  
Wir bitten um Ihr Verständnis.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

---

TEIL 3/3