



Anamnesebogen – Kinder

Kind: Name / Vorname _____

geb. am _____ Geburtsort _____

Mutter: Name / Vorname _____ geb. am _____

Vater: Name / Vorname _____ geb. am _____

Beruf der Eltern: Mutter _____ Vater _____

Straße / Nummer _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Das Kind ist mitversichert bei: _____

Name der Krankenkasse: _____

privat

gesetzlich versichert

Betreuender Kinderarzt: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes:

Ja / Nein

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft?
(Krankheit der Mutter, Frühgeburt o.ä.)

Herzerkrankungen? (Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges)

Gibt es eine Stoffwechselerkrankung? (z.B. Diabetes)

Erkrankung von Schilddrüse, Niere oder Leber?

Erkrankungen des Nervensystems? (Krampfleiden, Epilepsie, sonstiges)

Bluterkrankung? (Blutarmut / Anämie, Bluter, sonstiges)

Allergie

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)



Zahnärztliche Anamnese:

Ja / Nein

Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt?

Lutscht Ihr Kind oder hat es gelutscht?

Wenn ja, womit? _____

Erhält Ihr Kind Fluoride?

Wenn Ja, welche? Speisesalz Zahnpasta Tabletten andere

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne? _____

Putzt es allein, oder putzen Sie nach? _____

Kieferorthopädische Besonderheiten: _____

Betreuender Kieferorthopäde: _____

Sonstige Besonderheiten: _____

Ernährung bei Kindern:

Wie häufig gibt es Süßigkeiten?

Was und wie viel trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

Hat ihr Kinde etwas zu trinken am Bett? Wenn ja, was?

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift/Erziehungsberechtigte/r: _____