

## Anamnese für Kinder

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Bitte lesen Sie alle Gesundheitsfragen sorgfältig durch und kreuzen Sie Zutreffendes an:

Haben Sie bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome festgestellt?	Ja	Nein
1. Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Erkrankung der Leber oder Nieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Infektionserkrankungen(z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Diabetes oder Stoffwechselerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Bluterkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Geistige Beeinträchtigungen oder Behinderungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sonstige Krankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
10. Sind Ihnen Allergien bei Ihrem Kind bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
11. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
12. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Name des Kinderarztes: _____		

## Anamnese der Eltern

1. Sind Sie gegen irgendetwas allergisch?    
Gegen was? \_\_\_\_\_
2. Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?    
Welche? \_\_\_\_\_
3. Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Angst?

## Zahnmedizinische Anamnese

1. War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?
2. Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?
3. Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen?
4. Stimmen Sie einer Betäubung(Spritze) gegebenenfalls zu?

## Ernährungsgewohnheiten

1. Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken?    
Bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_  
Wann? Morgens  Abends  Nachts
2. Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich?    
\_\_\_\_\_
3. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? \_\_\_\_\_

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung der Daten ihres Kindes gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz(BDSG) bin ich einverstanden.

Ich bestätige, die Fragen zur Anamnese nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)