



Liebe Eltern!

Da wir an einer optimalen Behandlung Ihres Kindes interessiert sind, füllen Sie uns bitte den Anamnesebogen sorgfältig aus.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kind: Name/Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erziehungsberechtigte/r:	Geburtsdatum
Das Kind ist mitversichert bei: <input type="text"/>	
Name der Krankenkasse: <input type="text"/>	
Betreuender Kinderarzt: <input type="text"/>	

Bestehen bei Ihnen Allergien? Wenn ja, welche?

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes

	Ja	Nein
Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen? (Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Stoffwechselerkrankungen? (z.B. Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen von Schilddrüse, Niere oder Leber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems? (Epilepsie, Sonstiges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen? (Blutarmut/ Anämie, Bluter, Sonstiges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Allergie?		
wenn ja, welche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnärztliche Anamnese

Ist Ihr Kind das erste mal beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lutscht Ihr Kind oder hat gelutscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, womit? <input type="text"/>		
Erhält Ihr Kind Fluoride?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Speisesalz <input type="checkbox"/> Zahnpasta <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> anderes		
Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne? <input type="text"/>		
Putzt es alleine oder putzen Sie nach? <input type="text"/>		
Betreuender Kieferorthopäde/Kieferorthopädische Besonderheiten?	<input type="text"/>	

Ernährung bei Kindern

	Ja	Nein
Gibt es häufig Süßigkeiten/Fast Food?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was und wie viel trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf? <input type="text"/>		
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? <input type="text"/>		

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: