



## ANAMNESE FÜR KINDER VON 0-15 JAHREN

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: *(KIND)* \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Private Versicherung/Krankenkasse \_\_\_\_\_

(über wen versichert) Geburtsdatum: *(ELTERNTEIL)* \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINE ANAMNESE

Bitte lesen Sie alle Fragen, kreuzen Sie entsprechend an und unterstreichen Sie Zutreffendes:

Herzfehler, Herzgeräusch oder Herzerkrankung? Herzpass seit:	JA	NEIN
Asthma, Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung?	JA	NEIN
Lernschwäche oder Sprachprobleme?	JA	NEIN
Geistiges Handycap oder geistige Verzögerung?	JA	NEIN
Leber- oder Nierenerkrankung?	JA	NEIN
Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt?	JA	NEIN
Spastiken oder veränderter Muskeltonus?	JA	NEIN
Hörschwierigkeiten oder Taubheit?	JA	NEIN
Sehschwäche oder Augenerkrankung?	JA	NEIN
Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?	JA	NEIN
Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes ?	JA	NEIN
Tumore oder bösartige Krankheiten?	JA	NEIN
Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich?)	JA	NEIN
Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?	JA	NEIN
Frühgeburt, Kaiserschnitt oder Zangengeburt?	JA	NEIN
Leidet Ihr Kind unter anderen als hier genannten Krankheiten? Wenn ja, welche?	JA	NEIN
Hat Ihr Kind Allergien? Wie äußern sich diese?	JA	NEIN
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?	JA	NEIN
War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)?	JA	NEIN
Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen? Wenn ja, was?	JA	NEIN
Raucht Ihr Kind (ab 12 Jahren beantworten)?	JA	NEIN
Wie lautet der Name des Kinderarztes?		



## ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt?	JA	NEIN
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	JA	NEIN
Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?	JA	NEIN
Was ist der Grund für den heutigen Besuch?		
Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?	JA	NEIN

## ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange?	JA	NEIN
Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? Wie lange? Immer noch? Morgens? Abends?	JA	NEIN
Ist Ihr Kind ein guter Esser?	JA	NEIN
Isst Ihr Kind viel Süßes? Mehr als 1x täglich?	JA	NEIN
Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate? Zahnpasta? Fluoridiertes Salz? Andere?	JA	NEIN
Putzen Sie bei Ihrem Kind nach?	JA	NEIN

## WEITERE ADMINISTRATIV WICHTIGE INFORMATIONEN

Möchten Sie, dass wir Ihr Kind an die halbjährlichen Kontrolltermine erinnern?	JA	NEIN
Möchten Sie per SMS an die Termine Ihres Kindes erinnert werden? Handy-Nr.:	JA	NEIN

Informieren Sie uns bitte, mindestens **24 Stunden** vorher, wenn Termine nicht eingehalten werden können. Ansonsten kann es sein, dass wir unseren Ausfall in Rechnung stellen werden.



Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten oder die Ihres Kindes sind uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten oder die Ihres Kindes nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger personenbezogener Daten können vor allem andere Ärzte, Zahnärzte, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder Zahnärztekammern sein.

Hiermit bestätige ich, dass Unterlagen und Röntgenbilder meines Kindes zu medizinischem Zweck sowohl weitergeleitet als auch von uns angefordert werden dürfen

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:** \_\_\_\_\_

