

Anamnese für Kinder

Patient/in: _____ geboren am: _____

Mitglied: _____ geboren am: _____

Beruf: _____

Sorgerecht Mutter/Vater: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Krankenkasse: _____

Hat Ihr Kind akute oder chronische Erkrankungen?

Leidet Ihr Kind an anderen Erkrankungen?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Leidet Ihr Kind an Allergien oder ansteckenden Krankheiten?

Gab es Komplikationen bei der Geburt Ihres Kindes?

Wird Ihr Kind regelmäßig geimpft?



Hat Ihr Kind Vorerfahrungen bei anderen Zahnärzten?

Bekommt Ihr Kind Fluorid (z. B. Fluoridtabletten, Zahnpasta ...)?

Haben Sie Ihrem Kind schon einmal Antibiotika gegeben?

Welche Ernährungsgewohnheiten hat Ihr Kind (Süßes, Getränke)?



Wie heißt dein Kuscheltier?

Hast du einen Spitznamen?

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____

