

**ANAMNESEBOGEN KIND**

Liebe Eltern,  
wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen.  
Im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**KIND**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Rufname	Hobby, Lieblingsfilm, -spielzeug o.ä.	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	
Krankenkasse <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Standardtarif in der privaten Krankenversicherung <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	Kinderarzt	

**ERZIEHUNGSBERECHTIGTE**

**VERSICHERTER 1:**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	Mobil	E-Mail

**VERSICHERTER 2:**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	Mobil	E-Mail

Liebe Patientin, lieber Patient,  
sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher darüber.  
Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für nicht rechtzeitig abgesagte Termine oder unentschuldigtes Fernbleiben laut einem Gerichtsurteil des Amtsgerichtes Fulda vom 16.05.2002 (Az. 34 C 120/02/D) die entgangene und kostenverursachende Arbeitszeit in Rechnung gestellt werden kann.

# GESUNDHEITSFragen

ERSTER BESUCH BEIM ZAHNARZT?  Ja  Nein

HAT IHR KIND ANGST VOR DEM ZAHNARZT?  Ja  Nein

## ERNÄHRUNG / ESSGEWOHNHEITEN

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> überwiegend süß       | <input type="checkbox"/> überwiegend deftig  |
| <input type="checkbox"/> Obst                  | <input type="checkbox"/> isst wenig          |
| <input type="checkbox"/> gemischt              | <input type="checkbox"/> isst viel           |
| <input type="checkbox"/> überwiegend Fast-Food | <input type="checkbox"/> isst unkontrolliert |
| <input type="checkbox"/> Fruchtsäfte           | <input type="checkbox"/> Tee ungesüßt        |
| <input type="checkbox"/> Limonade              | <input type="checkbox"/> Tee gesüßt          |
| <input type="checkbox"/> Mineralwasser         | <input type="checkbox"/> Leitungswasser      |
| <input type="checkbox"/> Kaugummi              | <input type="checkbox"/> sonstige: _____     |

## GEBEN SIE IHREM KIND FLUORIDPRÄPARATE?

- F-Tabletten
- F-Salz
- F-haltiges Mineralwasser
- F-Kinderzahnpaste
- F-Erwachsenenzahnpaste
- F-Gelees
- F-Spüllösungen

## WIE HÄUFIG TRINKT / ISST IHR KIND AM TAG?

---

---

## HAT IHR KIND LUTSCHGEWOHNHEITEN? (DAUMEN, SCHNULLER, SONSTIGES)

---

---

## KNIRSCHT IHR KIND MIT DEN ZÄHNEN?

---

---

## HAT IHR KIND HÄUFIGER KOPFSCHMERZEN?

---

---

HAT IHR KIND EINE ALLERGIE?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Allergie äußert sich durch? \_\_\_\_\_

Besitzt Ihr Kind einen Allergiemaß? \_\_\_\_\_

## SIND BEI IHREM KIND ERKRANKUNGEN BEKANNT?

Welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

---

---

## IST IHR KIND HÄUFIGER ERKÄLTET / KRANK?

---

---

## TRATEN WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT ODER IN DEN ERSTEN LEBENSJAHREN SCHWERE ERKRANKUNGEN AUF?

---

---

## WAS LIEGT IHNEN BEI DER ZAHNÄRZTLICHEN BETREUUNG IHRES KINDES BESONDERS AM HERZEN?

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter / Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift behandelnder Arzt