

## Gesundheitsbogen für Kinder

Liebe Eltern,

viele Krankheiten können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Die Angaben unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten Teams. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung der Fragen haben, helfen wir Ihnen gern!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherung : gesetzlich  oder privat

### Erziehungsberechtigter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Abweichende Adresse angeben \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

### Bestehen bzw. bestanden bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen?

	Ja	Nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie/ Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Lungenerkrankungen (z.B.COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Hören oder Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheit ( HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernschwäche/ geistige Behinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Ist ihr Kind geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verträgt ihr Kind bestimmte Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja? Welche? _____		
Nimmt ihr Kind Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja? Welche? _____		

**Hat oder hatte ihr Kind typische Kinderkrankheiten?**

(Scharlach /Keuchhusten/Masern/Mumps/Röteln)

**Hat ihr Kind genetische Erkrankungen?**

**Putzverhalten?**

Nimmt ihr Kind Fluoride?  
(Zahnpasta, Speisesalz, Fluoridtabletten)

Putzt Ihr Kind alleine die Zähne?

Wie oft putzt ihr Kind täglich die Zähne? \_\_\_\_\_

**Zahnmedizinische Anamnese**

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?

Lutscht ihr Kind Schnuller oder Daumen?

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?

Befindet sich Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?

Name und Anschrift des Kinderarztes?  
\_\_\_\_\_

Wann wurde Ihr Kind zuletzt geröntgt? \_\_\_\_\_ Organ \_\_\_\_\_

**Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben Ihnen vor weiteren Behandlungen mitzuteilen.**

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

**Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und werden uns bemühen, die Behandlung und den Aufenthalt in unserer Praxis für Sie so angenehm wie möglich zu gestalten. Ihr Team der**

**Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Matthias Siegel**