



## Anamnese und Patientenerklärung, Kinder 0- 12 Jahre

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Unten stehende Fragen und Angaben dienen der Sicherheit und Gesundheit Ihres Kindes.

Wir bitten Sie, diese sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung entsprechend dem allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes optimal durchführen zu können.

Bitte ignorieren Sie die Fragen, die nicht dem Alter des Kindes entsprechen.

### Patientendaten:

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Name, Vorname der Mutter

Geburtsdatum

Name, Vorname des Vaters

Geburtsdatum

Anschrift des Kindes

Telefon privat

Telefon mobil

Krankenversicherung  gesetzlich  privat  zusatzversichert

Name der Krankenversicherung

Als Familienangehöriger mitversichert bei:  Mutter  Vater

Beruf (des Versicherten)

Name und Anschrift des Kinderarztes

Warum kommen Sie heute in unsere Praxis?

---

---

Gibt es besondere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?

---

---

---

---



## Allgemeine Anamnese

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen?

### Herz/Kreislaufferkrankungen

- |                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzfehler                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzrhythmusstörungen        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschwäche                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat Ihr Kind einen Herzpass? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zu hoher Blutdruck           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zu niedriger Blutdruck       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Bluterkrankungen

- |                     |                             |                               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hämophilie (Bluter) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anämie (Blutarmut)  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Stoffwechselerkrankungen

- |                            |                             |                               |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankung           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankungen          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-Darm-Erkrankungen    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Erkrankungen des Nervensystems

- |                           |                             |                               |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krämpfe                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hepatitis A oder B                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Chronische Atemwegs-<br>erkrankungen/Husten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| HIV/Aids                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Sonstige Erkrankungen, Syndrome, etc.

Frühere Krankenhausaufenthalte  ja  nein

Wenn ja, wann und weshalb \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Allergien/Medikamentenunverträglichkeit

Allergien  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Asthma  ja  nein

Heuschnupfen  ja  nein

Natriumbicarbonat  ja  nein

Glycine  ja  nein

Latex  ja  nein

Penicillin  ja  nein

Sonstige Medikamentenallergien/-unverträglichkeiten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen Allergiepass?  ja  nein

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher  
(nicht zahnärztlicher) Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wegen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig  
Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_



Zahnärztliche Anamnese

Erster Zahnarztbesuch mit \_\_\_\_\_ Jahren

Zahnarzterfahrungen des Kindes

gut  mittel  schlecht  keine

Mund-Kiefer - OPs/Unfälle

Frontzahntrauma

Operationen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich

Wann / warum \_\_\_\_\_

Folgen \_\_\_\_\_

Kieferorthopädische Behandlung

Mutter  ja  nein

Vater  ja  nein

Geschwister  ja  nein

Patient  ja  nein

KFO geplant?  ja  nein

Mundhygienegewohnheiten

Wie oft putzt sich Ihr Kind die Zähne?

gar nicht

1-mal täglich

2-mal täglich

3-mal täglich

häufiger

Sonstige Intervalle \_\_\_\_\_

Wann werden die Zähne üblicherweise geputzt?

morgens  mittags  abends

Wie lange werden die Zähne in der Regel geputzt \_\_\_\_\_

Herzlichen Dank für Ihre Geduld und Mühe.

Ihre Familienzahnärzte

Dr. Klaus Dietrich

Ernährungsgewohnheiten

Was isst Ihr Kind meistens zum Frühstück?

Müsli  Tee gesüßt

Brot  Tee ungesüßt

Käse/Wurst  Kakao

Joghurt  Milch

Obst  Saft/Schorle

Nutella  Mineralwasser

Marmelade  Limonade

Honig

Sonstiges \_\_\_\_\_

Was gibt es meistens als Zwischenmahlzeiten?

belegtes Brot  Kuchen

Obst/Rohkost  Chips

Süßigkeiten

Sonstiges \_\_\_\_\_

Was trinkt Ihr Kind im Verlauf des Tages?

Wasser  Milch

Limonade  Tee gesüßt

Saft/Schorle  Tee ungesüßt

Kakao

Sonstiges \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kleinkind eine Flasche zum Dauernuckeln?

Tags  ja  nein Nachts  ja  nein

Inhalt \_\_\_\_\_

Was isst und trinkt Ihr Kind meistens zum Abendessen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dr. Susanne Martin