

**ANAMNESEBOGEN KINDER**

Angaben des Kindes

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl
Telefon Privat (Eltern)		Telefon Mobil (Eltern)

Versicherung

Krankenkasse

---

Das Kind ist mit Versichert bei (Name des Hauptversicherten)

Gesetzlich versichert       privat versichert

Pflegegrad

Hat Ihr Kind einen anerkannten Pflegegrad nach §15 SGB XI oder eine Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII?

Ja     Nein      wenn Ja, bitte **aktuellen** Nachweis erbringen (Ihnen stehen Zusatzleistungen zu!)

Angaben zum letzten Zahnarztbesuch

Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt?

Ja     Nein

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?	In welcher Praxis?	Ort
-------------------------------------	--------------------	-----

Gibt es Röntgenbilder (Kopf/Kiefer/Zähne) die nicht älter als 2 Jahre sind?

Ja     Nein

\_\_\_\_\_ In welcher Zahnarztpraxis/Kieferorthopäde/Mund-,Kiefer-,Gesichtschirurg?

Sie kommen auf persönliche Empfehlung? Wir würden gerne erfahren von wem?

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes:

Herzerkrankungen? (Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges)  Ja  Nein

Gibt es eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes)  Ja  Nein

Erkrankung von Schilddrüse, Niere oder Leber?  Ja  Nein

Erkrankungen des Nervensystems ( Krampfleiden, Epilepsie, Sonstiges)  Ja  Nein

Bluterkrankungen? (Blutarmut, Bluter)  Ja  Nein

Allergie  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Infektionskrankheit (z.b. Tuberkulose, Hepatitis, HIV)  Ja  Nein

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren.

In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem Kind? (z.B. Mutter des Kindes) \_\_\_\_\_

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?  Ja  Nein

Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/Vorsorgeuntersuchung?  Ja  Nein

Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?  Ja  Nein

Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?  Ja  Nein

**Hier noch ein Hinweis:**

**Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe. In den meisten Fällen sind diese ausreichend. Sollten wir zusätzlich Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren.**

**Bitte informieren sich uns umgehend wenn sich etwas ändert!**

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift