



# Anamnesebogen für Kinder

Sehr geehrter Eltern,

wir freuen uns sehr, dass Sie sich für eine Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis entschieden haben. Es ist uns ein besonderes Anliegen, die Therapie Ihres Kindes zielgerichtet an all seine und Ihre Bedürfnisse optimal anpassen zu können. Daher bitten wir Sie, uns vor einem ersten Gespräch folgende Fragen zu beantworten.

## 01. Persönliches

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Straße

PLZ, Ort

---

Telefon Festnetz

Behandelnder Kinderarzt, inkl. Adresse & Ort

---

Krankenkasse

Versicherter bei Kindern (inkl. Geburtsdatum)

Mein Kind ist:

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Basistarif Beihilfeberechtigt

## 02. Allgemeine Fragen

Leidet Ihr Kind aktuell an besonderen Allgemeinerkrankungen oder gibt es andere Auffälligkeiten (Herz/Kreislauf, Asthma, Allergien)?  ja /  nein

---

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

ja /  nein

---

Ist bei Ihrem Kind ein Anfallsleiden oder Epilepsie bekannt?

ja /  nein

---

Hat/Hatte Ihr Kind jemals Zahnschmerzen? (außer Zahnungsbeschwerden)

ja /  nein

---

Hat Ihr Kind bisher negative Erfahrung bei Ärzten gesammelt?

ja /  nein

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch bei uns?

---

---

---



Zahnarzt  
Dr. Ekkehard Schmidt  
Praxis für ästhetische  
Zahnmedizin

### 03. Lebens- und Essgewohnheiten bzw. sonstige Fragen

Wie oft am Tag putzt Ihr Kind durchschnittlich Zähne? \_\_\_\_\_

Putzt Ihr Kind alleine oder putzen Sie nach?  alleine /  putze nach

Erhält Ihr Kind Fluoride (wie z.B. Speisesalz, Zahnpasta oder Tabletten)?

---

Was mag Ihr Kind besonders gerne (wie Spielzeug, Geschichten, Bücher, Essen, Getränke)?

---

Wie oft trinkt Ihr Kind zuckerhaltige Getränke (wie Cola, Limonade, Fruchtschorlen, gesüßte Tees, usw.) am Tag?

---

Hat Ihr Kind ein Lieblingsspielzeug?

---

Gerne erinnern wir Sie an künftige Termine, wie erreichen wir Sie am Einfachsten?

telefonisch: \_\_\_\_\_  per SMS: \_\_\_\_\_

via E-Mail: \_\_\_\_\_  Ich möchte nicht an künftige Termine erinnert werden.

Wie haben Sie von uns erfahren?

- Überweisung  persönliche Empfehlung (dürfen wir uns bei jemandem persönlich bedanken?)  
 Internet  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Vielen Dank!

#### WICHTIGE INFORMATIONEN

- › Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.
- › Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- › Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- › Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Erlangen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ihre Unterschrift