



4.1.1.3F Anamnesebogen Kinder und Jugendliche

**Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in meiner Praxis,**

bevor wir mit der Beratung oder Behandlung beginnen, benötige ich neben den Personalien auch Auskünfte über den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine komplikationslose Behandlung. Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht, ohne Ihr Einverständnis werden keine Daten herausgegeben.

Patient/in
Name Vorname geb. am

Anschrift
Straße Nr. Telefon & Handynr.
..... @
PLZ Ort E-Mail

Krankenkasse:
 pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert (Basistarif ja nein) Beihilfe

Zusatzversicherung bei GKV-Versicherung: ja nein

Hauptversicherte/r:
Name Vorname geb. am Beruf

Rechnungsempfänger:
Name Vorname geb. am

Eltern des Kindes leben in Scheidung oder sind bereits geschieden ja nein

Ärztliche Behandlung:	Ist Ihr Kind momentan in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, in welcher Fachrichtung und bei welchem Arzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kinderarzt/Hausarzt		
Kieferorthopädische Behandlung:	War oder ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, bei wem? Wenn ja, wann? von bis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ihr Zahnarzt:	



4.1.1.3F Anamnesebogen Kinder und Jugendliche

Röntgen:	Wurden Röntgenbilder im Kopf-Halsbereich angefertigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann und bei wem? Dürfen diese bei Bedarf eingefordert werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamente:	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?
Allergien:	Gegen welche Stoffe besteht Überempfindlichkeit? Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
allgemeine Zahnmedizin	Hat Ihr Kind motorische Einschränkungen, wenn ja welche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hat Ihr Kind Zahnprobleme? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist Ihr Kind deshalb in Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hat Ihr Kind negative Erfahrungen bei Zahnärzten gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist Ihr Kind in regelmäßiger allgemeinzahnärztlicher Behandlung mit Prophylaxeprogramm? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Infektionskrankheiten:

Hatte Ihr Kind eine Leberentzündungen/ Gelbsucht (Hepatitis A/B)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihrem Kind ein Aidstest durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Liegt eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung vor bei:

Vater ja nein Mutter ja nein Geschwister ja nein

Bis zu welchem Alter hat Ihr Kind Daumen/am Nuckel gelutscht?

Daumen: Nuckel: Sonstige:

Erstellt am: 16.12.2014 von: Frau Wilke, Vivian	Geprüft am: 16.12.2014 von: Frau Bergmann	Freigegeben am: 16.12.2014 von: Dr. Kock
--	--	---



4.1.1.3F Anamnesebogen Kinder und Jugendliche

Atmet Ihr Kind eher durch

den Mund

die Nase

Liegen bei Ihrem Kind Sprach- oder Sprechfehler vor?

nein

ja

Wenn ja, welche:

Wurde Ihr Kind durch einen Sprachtherapeuten (Logopäden) untersucht oder behandelt?

nein

ja, wegen

Hat oder hatte Ihr Kind Beschwerden	Häufigkeit/Dauer	Intensität der Beschwerden (0=keine; 10=am stärksten)										
im/am Kopf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
im Kiefergelenk	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
beim Kauen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bei Mundöffnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
bei Mundschluss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hatte Ihr Kind einen Unfall im Gesichts-/Schädelbereich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Zähne verletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schnarcht Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Fluoridierungsmaßnahmen werden durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Zahnpasta	<input type="checkbox"/> Mundspülung
<input type="checkbox"/> Touchierung	<input type="checkbox"/> Speisesalz
Spielt Ihr Kind ein Instrument? wenn ja welches? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte teilen Sie mir Veränderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes während der mehrjährigen Behandlung unverzüglich mit.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Erstellt am: 16.12.2014 von: Frau Wilke, Vivian	Geprüft am:16.12.2014 von: Frau Bergmann	Freigegeben am: 16.12.2014 von: Dr. Kock
--	---	---