



Angaben zum Kind

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Wohnort: _____
Straße: _____
Krankenkasse: _____
Name Versicherungsnehmer: _____

Geburtsdatum : _____
Anschrift falls abweichend: _____

Angaben zum Erziehungsberechtigten

Wer ist erziehungsberechtigt?
Mutter Vater beide
Telefon: _____
Mobil: _____

Allgemeine Anamnese

Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf.
ja nein ergänzende Angaben eintragen

Allergien / Unverträglichkeiten (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Erkrankungen/Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber-/Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistige Behinderung/Verzögerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige angeborene Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfschutz vollständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Operationen? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenteneinnahme (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name Kinderarzt:	_____	

BITTE WENDEN



Zahnärztliche Anamnese

	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat Ihr Kind Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche? _____
Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Daumen <input type="checkbox"/> Schnuller <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Wie oft werden die Zähne geputzt?			<input type="checkbox"/> 1x tägl. <input type="checkbox"/> 2-3x tägl. <input type="checkbox"/> gelegentlich _____
Wer putzt die Zähne Ihres Kindes?			<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kind alleine <input type="checkbox"/> Kind mit Hilfe Eltern _____
Womit werden die Zähne geputzt?			<input type="checkbox"/> Handzahnbürste <input type="checkbox"/> elektr. Zahnbürste <input type="checkbox"/> Zahncreme m. Fluorid <input type="checkbox"/> Zahncreme ohne Fluorid _____
Fluorideinnahme:			<input type="checkbox"/> Fluorettten <input type="checkbox"/> Fluorid-Gel <input type="checkbox"/> Fluorid. Speisesalz <input type="checkbox"/> fluorid. Mundspüllösg. <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja bei wem: _____

Ernährung / Essgewohnheiten

Was trinkt Ihr Kind im Tagesablauf:	<input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Tee ungesüßt <input type="checkbox"/> Limonade/Cola <input type="checkbox"/> Tee gesüßt <input type="checkbox"/> Saft/Saftschorlen <input type="checkbox"/> Milch/Kakao <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Isst Ihr Kind:	<input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> überwiegend süß <input type="checkbox"/> überwiegend deftig <input type="checkbox"/> gemischt <input type="checkbox"/> unkontrolliert zwischen den Mahlzeiten _____

Datum: _____

Unterschrift: _____