



Dr. Hubert Kienle/ ZÄ Katharina Kienle/ Dr. Tanja Reimann/ ZÄ Barbara Hampp

Bgm.-Stöckle-Str.4, 86825 Bad Wörishofen, Telefon: 08247/7373

Kinderanamnesebogen

---

Kind: Nachname, Vorname

Geburtsdatum

---

Adresse

---

Mutter: Nachname, Vorname

---

Vater: Nachname, Vorname

---

Telefon privat /geschäftlich

Telefon mobil

- Gesetzlich versichert →       über Mutter       über Vater
- gemeinsames Sorgerecht       nur Mutter       nur Vater       Vormund
- Privat versichert- **nicht** im Basistarif
- Privat versichert im Basistarif
- Zahnzusatzversicherung (auch für kieferorthopädische Leistungen)

---

Kinderarzt:    Name/Ort

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu dem Gesundheitszustand Ihres Kindes vollständig:**

---

Herzerkrankungen  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Schilddrüsenüberfunktion  Ja  Nein

Schilddrüsenunterfunktion  Ja  Nein

Epilepsie  Ja  Nein

Blutkrankheiten (Hämophilie)  Ja  Nein

Asthma  Ja  Nein

chron. Atemwegserkrankungen  Ja  Nein

Nierenerkrankung  Ja  Nein

Lernschwäche/ ADHS  Ja  Nein

Hör-/ Sehprobleme  Ja  Nein

Sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein?  Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen:**

HIV  Ja  Nein

Hepatitis (A, B, C)  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

**Allergien/ Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika/Betäubung  Ja  Nein

Schmerzmittel  Ja  Nein

Antibiotika  Ja  Nein

Andere: (z. B. Latex, Pflaster) \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?  Ja  Nein

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft bzw. bei der Geburt?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Frühere Röntgenuntersuchung der Zähne/ Kiefer?  Ja  Nein

Frühere Krankenhausaufenthalte?  Ja  Nein

**Zahnärztliche Angaben:**

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt?

positiv  neutral  ängstlich  erster Zahnarztbesuch

Was ist der Grund des heutigen Besuches? \_\_\_\_\_

Gab es etwas, das Ihr Kind bei früheren Zahnarztbesuchen gestört hat?

Erhält Ihr Kind Fluoride (Zahnpasta, Elmex gelee, Tabletten)?  Ja  Nein

Bekommt Ihr Kind noch einen Schnuller oder lutscht es Daumen?  Ja  Nein



**Einblick in die Welt Ihres Kindes:**

Ihr Kind besucht:  eine Kinderkrippe  einen Kindergarten  die Schule, Klasse:

Geschwister:  Ja  Nein

Hobbies: \_\_\_\_\_

Lieblingssendung, Lieblingsbuch, Lieblingstier: \_\_\_\_\_

Liebessessen und Lieblingsgetränk: \_\_\_\_\_

Was sollten wir über Ihr Kind noch wissen? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Sind Sie damit einverstanden, dass im Rahmen der Individualprophylaxe bei Ihrem Kind eine lokale  
Flouridierung stattfindet?

Datum

Erziehungsberechtigter

### Wichtige Informationen:

- Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Der Speicherung meiner persönlichen Daten und der Daten meines Kindes stimme ich zu.
- Ich werde Sie umgehend über jede Veränderung des Gesundheitszustandes meines Kindes informieren.
- Ich bin damit einverstanden, dass Fotos meines Kindes zur Behandlungsdokumentation angefertigt und gespeichert werden.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

---

Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter