



Kinder-Anamnesebogen

Telefon: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag u. - ort: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Krankenkasse:

Familienversichert über:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Ihr Kind geht in den Kindergarten die Schule

Hat Ihr Kind Angst vom Zahnarzt? ja nein

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Herzens |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen / Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung des Blutes | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Hat Ihr Kind Allergien? nein ja, Welche?

Verträgt Ihr Kind bestimmte Medikamenten nicht? ja, Welche?

Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern



Die Welt Ihres Kindes

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lieblings-Farbe | <input type="checkbox"/> Lieblings-Essen |
| <input type="checkbox"/> Lieblings-Tier | <input type="checkbox"/> Lieblings-Hobby |

Möchten Sie von uns an die regelmäßig notwendigen Untersuchungen telefonisch erinnert werden?

ja nein

Datum

Unterschrift

