

**Patient:** \_\_\_\_\_

**Seite 1**

Wir führen Sie in unserer Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Spezielle Anamnese**

Normale Entwicklung des Kindes? ja [ ] nein [ ]

Anmerkung:

---

Allergien ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

---

Allergiepass ja [ ] nein [ ]

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

---

**Sonstige Erkrankungen**

Ist Ihr Kind z.Z. in ärztlicher Behandlung? ja [ ] nein [ ]

Bei wem?

---

Warum?

---

Herzerkrankung / Herzfehler ja [ ] nein [ ]

Diabetes ja [ ] nein [ ]

ADHS / ADS ja [ ] nein [ ]

Nierenerkrankungen ja [ ] nein [ ]

Gelbsucht ja [ ] nein [ ]

Angstzustände ja [ ] nein [ ]

Lunge / Asthma ja [ ] nein [ ]

Blutgerinnungsstörung ja [ ] nein [ ]

Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche?

---

**Zahnmedizinische Anamnese**

Putzt Ihr Kind die Zähne allein? ja [ ] nein [ ]  
Handzahnbürste ja [ ] nein [ ]  
Elektrische Zahnbürste ja [ ] nein [ ]  
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag? ja [ ] nein [ ]

---

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  
Wenn ja, bei wem?

---

**Grund Ihres Besuches**

Erster Besuch beim Zahnarzt ja [ ] nein [ ]  
Hat Ihr Kind Angst? ja [ ] nein [ ]  
Dürfen wir Ihr Kind an regelmäßige  
Vorsorgungsuntersuchungen erinnern? ja [ ] nein [ ]

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Name: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_