

# Anamnesebogen für Kinder



Gerade Zähne – gerade jetzt!

Dr. Sabine Mirsberger  
Ibbenbüren Z-MVZ GmbH  
Permer Straße 26  
49479 Ibbenbüren  
Fon 05451 87008  
info@kfo-ibb.de  
[www.kfo-ibb.de](http://www.kfo-ibb.de)

Dr. Sabine Mirsberger  
Rheine Z-MVZ GmbH  
Osnabrücker Str. 237  
48429 Rheine  
Fon 05971 8006808  
info@kfo-ibb.de  
[www.mirsberger-rheine.de](http://www.mirsberger-rheine.de)

## Liebe Eltern!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die weitere Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird den persönlichen Unterlagen Ihres Kindes angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

## Angaben zum Patienten

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## Angaben zum Versicherten

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Name / Vorname d. Ehepartners \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse / privaten Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert     privat versichert     Basistarif     beihilfeberechtigt     Zusatzversicherung

Ist bereits ein Geschwisterkind des Patienten in Behandlung?     ja     nein

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Wer ist der behandelnde Zahnarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen     Telefon- / Branchenbuch     Zeitungsanzeige

Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_     Sonstiges \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?     ja     nein

## Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

- bitte wenden -



### Leidet oder litt Ihr Kind an Erkrankungen der / des ...

- Herzens oder Kreislaufs  ja  nein  
Nieren  ja  nein  
Schilddrüse  ja  nein  
Magen-Darm-Traktes  ja  nein  
Gelenke (Rheuma)  ja  nein  
Wirbelsäule  ja  nein

### Allergien / Überempfindlichkeiten

Sind bei Ihrem Kind jemals Unverträglichkeiten aufgetreten?  
 ja  nein Wenn ja, wogegen?

---

Hat Ihr Kind einen Allergiepass?  ja  nein

### Hat oder hatte Ihr Kind ...

- hohen Blutdruck  ja  nein  
niedrigen Blutdruck  ja  nein  
Blutungsneigung / Bluterkrankung  ja  nein  
einen Herzschrittmacher  ja  nein  
Diabetes (Zuckerkrankheit)  ja  nein  
Epilepsie (Anfallsleiden)  ja  nein  
Asthma / Lungenerkrankung  ja  nein  
HIV (Aids)  ja  nein  
Hepatitis  ja  nein  
Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C  
Sonstige Infektionen / Erkrankungen  ja  nein  
Wenn ja, welche?
- 

### Vorherige Behandlungen

Steht Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?  
 ja  nein Wenn ja, warum?

---

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

Ist bei Ihrem Kind eine der folgenden Therapien durchgeführt worden?  ja  nein  
 orthopädisch  physiotherapeutisch  
 logopädisch  
Wenn ja, warum?

---

---

### Fragen zur Zahngesundheit

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Wann wurden Ihr Kind das letzte Mal im Kopf-/Halsbereich geröntgt? Welche Aufnahmen wurden gemacht?

---

Schmerzt das Kiefergelenk / der Kiefer?  ja  nein

Knackt das Kiefergelenk?  ja  nein

Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?  ja  nein

Wenn ja,  tagsüber  nachts

Neigt Ihr Kind zu Kopfschmerzen?  ja  nein

Wenn ja, wie häufig? \_\_\_\_\_

Hat oder hatte Ihr Kind Zahnfleischbluten?  ja  nein

Atmet Ihr Kind vorwiegend durch  Mund oder  Nase?

Schläft Ihr Kind mit offenem Mund?  ja  nein

Lutschte Ihr Kind am  Daumen  Finger  Schnuller

Wenn ja, wie viele Stunden pro Tag? \_\_\_\_\_

Bis zu welchem Lebensjahr? \_\_\_\_\_

Beißt Ihr Kind gewohnheitsmäßig auf

Zunge  Lippe  Fingernagel  Bleistift  Sonstiges

---

Hat oder hatte Ihr Kind einen Sprachfehler?  ja  nein

Schnarcht Ihr Kind?  ja  nein

Liegen bei Ihrem Kind Hals-, Nasen- und  ja  nein

Ohrenproblematiken vor? Wenn ja, welche?

---

Gab es Unfälle im Kiefer- oder Gesichtsbereich?  ja  nein

Wenn ja, welcher Art?

---

Wurde Ihr Kind bereits kieferorthopädisch behandelt?

ja  nein

Wie lange ist das her? \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Jahre

Name und Ort des Vorbehandlers

---

### Zum Schluss

Wurde ein anderes Familienmitglied wegen einer ähnlichen

Zahn- oder Kieferfehlstellung kieferorthopädisch behandelt?

ja  nein Wenn ja, wer?

---

Welche Hobbys hat Ihr Kind (Musik, Sport, ...)?

---

Ich versichere hiermit, dass ich im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle bzw. das alleinige Sorgerecht habe. Alle Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht und informiere die Praxis bei Änderungen.

Datum

Unterschrift