

*Herzlich Willkommen in der  
Zahnarztpraxis Dyrssen & Deimann*



**Kinderanamnesebogen**

Für eine individuelle, auf den Gesundheitszustand Ihres Kindes abgestimmte Behandlung und Beratung, benötigen wir einige Persönliche Angaben. Wir möchten Sie bitten, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sollten sich Änderungen dieser Daten oder des Gesundheitszustandes ergeben, benachrichtigen Sie uns bitte rechtzeitig. Vielen Dank.

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

Adresse \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Hauptversicherten/ Elternteil \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse des Hauptversicherten falls abweichen \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

pflichtversichert     freiwillig versichert     privat versichert  
Name der Versicherung \_\_\_\_\_  Beihilfe     Zusatzversicherung

Name/ Anschrift des Hausarztes \_\_\_\_\_

Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe?    Nein  Ja  \_\_\_\_\_

**Erkrankungen**

Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Diabetes	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Magen- / Darmerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Gelbsucht / Hepatitis	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Rheuma	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	HIV / Aids	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Krebserkrankung / Chemo.	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

**Einnahme regelmäßiger Medikamente** \_\_\_\_\_

**Einnahme von Fluorid**     Zahnpasta     Salz     Tabletten     Gelee

Lieblingsfarbe \_\_\_\_\_ Lieblingstier \_\_\_\_\_

Lieblingsessen \_\_\_\_\_ Lieblingssport \_\_\_\_\_

Lieblingsspielzeug \_\_\_\_\_ Name des Spielzeugs \_\_\_\_\_

Lieblingssort \_\_\_\_\_ Lieblingssfach \_\_\_\_\_

Diese Person findet Ihr Kind toll / Ihr Kind ist ein Fan von \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten** \_\_\_\_\_