

# Kinderanamnese

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse und Kinderarzt

**Bei wem ist Ihr Kind mitversichert?**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Bestehen gesundheitliche Risiken oder Besonderheiten?**

Allergien oder Unverträglichkeiten?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Asthma?  ja  nein

Herzfehler?  ja  nein

Diabetes?  ja  nein

Sonstige Krankheiten?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Besuch beim Zahnarzt und Zahnpflege**

Erster Besuch beim Zahnarzt?  ja  nein

Ist Ihr Kind besonders ängstlich?  ja  nein

Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten?  ja  nein

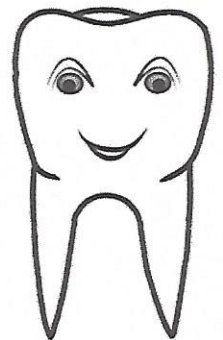
Putzt Ihr Kind 2x am Tag mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta?  ja  nein

Gibt es Zwischenmahlzeiten?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Lieblingessen: \_\_\_\_\_

Lieblingstrinken: \_\_\_\_\_



Hiermit versichere ich, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und spätere Änderungen der Praxis umgehend mitzuteilen.

(Hinweis: Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!)

Dommelstahl, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten