



## Anamnesebogen für Kinder (0 bis 12 Jahre)

Bitte füllen Sie das Formular in Ihrem eigenen Interesse vollständig aus.  
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

### Angaben zum Kind:

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ versichert über: \_\_\_\_\_

### Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankung (z.B. Herzfehler, Herzgeräusche, Endokarditis)?  ja  nein

Liegt ein Herzpass vor?  ja  nein

Allergien oder Medikamentenüberempfindlichkeiten (z.B. Penicillin)?  ja  nein

Blutkrankheiten (z.B. sehr langes Bluten bei Verletzung)?  ja  nein

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)?  ja  nein

Leber- oder Nierenerkrankung?  ja  nein

Diabetes?  ja  nein

Tumore?  ja  nein

Fieberkrampf und Epilepsie?  ja  nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, Aids)?  ja  nein

geistige Erkrankung, Lernschwäche oder Sprachprobleme?  ja  nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist der Impfstatus vollständig?  ja  nein

Bestehen sonstige Erkrankungen oder Einschränkungen?  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Angaben zur Mutter des Kindes:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Vater des Kindes:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Wer ist erziehungsberechtigt?**  Mutter und Vater  Mutter  Vater  andere Person

**Welche Einstellung hat Ihr Kind zu einem Zahnarzt?**

erster Zahnarztbesuch  positiv  neutral  eher ängstlich

**Was sind die Lieblingshobbys Ihres Kindes?** \_\_\_\_\_

**Grund des heutigen Besuchs:** \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?** \_\_\_\_\_

**Erklärung:**

Ich erkläre, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, die Praxis über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige, dass ich alle hier abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

**EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung**

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ein.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß

EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis an der Anmeldung einsehbar

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte(r)