



ANAMNESE

Dr. med. dent. Sara Preisler | Gerbermühlstr. 7 | 60594 Frankfurt am Main

Datum:

Nr.

Patient: Geburtsdatum:

Geburtsort: männlich weiblich

ANAMNESE (Bitte lesen Sie alle Fragen durch und kreuzen Sie Zutreffendes an!)

- J N Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten?**
- Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankungen? Herzpass seit?
 - Asthma oder Lungenerkrankungen/Schwierigkeiten bei der Atmung?
 - Lernschwäche, Sprachprobleme oder geistige Behinderung/Verzögerung?
 - Leber- oder Nierenerkrankung?
 - Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?
 - Spastik oder veränderter Muskeltonus?
 - Hörprobleme/Taubheit oder Sehschwäche/Blindheit?
 - Infektionskrankheiten Hepatitis Tuberkulose HIV andere
 - Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes?
 - Tumore oder bösartige Krankheiten?
 - Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich)?
 - Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?
 Frühgeburt Kaiserschnitt Zangengeburt
 - Fehlen Impfungen?
 - Sonstigen Krankheiten
 - Hat Ihr Kind Allergien? Wie äußern sich diese?
 - Wurden oder werden aktuell verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche?
 - War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)?

Name des Kinderarztes:

- J N ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE**
- War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Name des Zahnarztes:
 - Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?
 - Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?
 - Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?
 - Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

- J N ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN**
- Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange?
 - Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? Wie lange? Immer noch Morgens Abends
 - Isst Ihr Kind viel Süßes?
 - Geben Sie Ihrem Kind Fluoridpräparate? Zahnpasta fluoridiertes Speisesalz

- ANAMNESE DER ELTERN**
- zutreffendes bitte ankreuzen
- | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| MUTTER | <input type="checkbox"/> | Sind bei Ihnen Allergien bekannt? | Neigen Sie zu: <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zahnstein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Karies |
| VATER | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zahnfleischbluten | | | |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Anforderung, Abruf sowie Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen Daten (z.B. Röntgenbilder) auch per E-Mail (auch unverschlüsselt) an vor-, mit- und nachbehandelnde Ärzte. Diese Einverständnis ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Ich möchte den „Recall-Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung. Die Teilnahme am „Recall-Service“ kann ich jederzeit widerrufen.

..... Datum

..... Unterschrift Erziehungsberechtigter