

Anamnesebogen für Kinder

Name Ihres Kindes und Geburtsdatum: _____

Name und Geburtsdatum des Versicherten (Elternteil): _____

Adresse: _____

Tel.-Nr. des Versicherten: _____

Hausarzt/Anschrift: _____

Besteht bzw. bestand bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen:

FRAGEN	NEIN	JA	BEMERKUNGEN
Bekam Ihr Kind schon einmal eine örtliche Betäubung?			
Allergie (z.B. Latex, Schmerzmittel, Penicillin)			
Allergiepass?			
Atemwegserkrankungen (welche)			
Erkrankungen des Blutes z. B. Blutgerinnungsstörung			
Diabetes (welcher Typ)			
Anfallsleiden (Epilepsie)			
Schilddrüsenerkrankung			
Herzinsuffizienz / -schwäche			
Herzklappenerkrankungen			
Infektionskrankheiten (welche)			
Hepatitis			
Immunmangel-Syndrom (AIDS)			
Magen-Darm-Erkrankungen			
Nierenerkrankungen			
Rheuma			
Tumorerkrankungen / Bestrahlung im Kieferbereich			
Frühere Operationen (welche)			
Nimmt Ihr Kind Medikamente (welche)?			
Geistige Behinderung			
Geistige Verzögerung			
Spastik			
Hörstörungen			
Besteht eine kieferorthopädischen Behandlung			
Nimmt ihr Kind Fluoridtabletten ein?			

Recall

Wünschen Sie, dass Ihr Kind eine Erinnerung für die regelmäßige Routineuntersuchung per Post erhält? Ja Nein

Datum _____

Unterschrift der Eltern _____