

KINDERANAMNESEBOGEN

Name:..... Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

Telefon:..... Krankenkasse:.....

Familienversichert bei:

Name:..... Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

Telefon:.....

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung? (Herz-Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, Gerinnungsstörung, Hepatitis, HIV, sonstiges)
.....

Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung des Nervensystems? (Krampfleiden, epileptische Anfälle, sonstiges)
.....

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Hat Ihr Kind Überempfindlichkeiten oder Allergien?

Ist Ihr Kind in Kieferorthopädischer Behandlung?

Putzt Ihr Kind allein seine Zähne? Wie oft am Tag?.....
Handzahnbürste?..... elektrische Zahnbürste?.....

Grund des Zahnarztbesuches.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigter