



ina harzdorf

Kinderanamnesebogen

Name:..... Vorname:..... Geburtstag:.....
Straße:..... PLZ/ Ort:..... Telefon:.....
Geburtsort:..... Geburtsname:.....

Bei Familienversicherten (z.B. Kindern) benötigen wir noch folgende Angaben des Mitgliedes:

Name:..... Vorname:..... Geburtstag:.....

Leidet Ihr Kind an:

- 1. Ansteckenden Krankheiten? Infektionskrankheiten? ja nein
Wenn ja, welche.....
- 2. Herzkrankheiten? Operationen am Herzen? ja nein
- 3. Allergien? ja nein
Wenn ja, welche.....
- 4. Blutungsneigung (Blutkrankheit)? ja nein
- 5. Zuckerkrankheit? ja nein
- 6. Herz,- Kreislaufbeschwerden? ja nein
- 7. Hatte Ihr Kind schon einmal einen epileptischen Anfall? ja nein
- 8. Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Arzt:..... Tel.:.....
- 9. Nimmt Ihr Kind Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche?.....
- 10. Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? ja nein



Prophylaxe:

- 1. Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne von allen Seiten min. 2x täglich? ja nein
- 2. Putzt Ihr Kind seine Zähne schon selbstständig? ja nein
- 3. Verwenden Sie fluoridhaltige Zahnpasta? ja nein
- 4. Verwenden Sie regelmäßig zusätzliche Fluoride (Gele, Spülungen,...)? ja nein
- 5. Kochen Sie mit fluoridiertem Kochsalz? ja nein
- 6. Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? ja nein
- 7. Nimmt Ihr Kind zuckerhaltige Speisen und Getränke, nach dem abendlichen Zähneputzen, zu sich? ja nein
- 8. Willigen Sie in Fluoridierungsmaßnahmen ein? ja nein

Wünschen Sie, dass wir Sie in unserem Erinnerungsservice (Recall) aufnehmen und Sie zur nächsten fälligen Untersuchung, Prophylaxe (Bonusstempel) anschreiben? ja nein

Datum

Unterschrift