|  |
| --- |
|  C:\Users\Praxis\Desktop\Logo_Dr_Kroemer 02 09 09.jpg **Anamnesebogen** |
| **Patient** |
| **Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Straße, Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Telefon privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **Versicherter / Zahlungspflichtiger(wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind)** |
| **Name: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Straße, Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **PLZ; Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­** |
| **Beruf des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Name Krankenkasse oder Versicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **O** | **Ich bin nicht versichert** | **O** | **Ich bin mit einem Basistarif versichert (betrifft nur Privatversicherte)** |
|  |
|  Quellbild anzeigen**Das würde uns noch interessieren**  |
| **Normale Entwicklung des Kindes** | **O** | Ja | **O** | Nein |
| **Anmerkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­** |
| **Ist Ihr Kind z. Zt. in ärztlicher Behandlung?** |
| **Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Ist das der erste Besuch beim Zahnarzt?** |
|  **O** | **Ja** | **O** | **Nein** |  |
| **Hat Ihr Kind Angst?** |
| **O** | J**a** | **O** | **Nein** |  |
| **Wie wollen Sie an ihren Vorsorgetermin erinnert werden?**  |
| **O** | **telefonisch** | **O** | **schriftlich** | **O** | **Email** |
| **Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?** |
| **O** | **Asthma (schwere Atemnot)** | **O** | **Herzfehler / -krankheit** | **O** | **Nein** |
| **O** | **Zuckerkrankheit** | **O** | **Anfallsleiden (Epilepsie)** |  |
| **O** | **Nierenerkrankungen** | **O** | **Hepatitis A/B/C (Gelbsucht** |
| **O** | **Blutgerinnungsstörungen** |  |  |  |  |
| **ggf. seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?** |
| **O** | **Ja** | **O** | **Nein** |
| **Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Hat Ihr Kind allergische Reaktionen / Unverträglichkeiten auf Medikamente bzw. Materialien** |
| **O** | **Ja** | **O** | **Nein** |
| **Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **Putzt Ihr Kind seine Zähne allein?** | **O** | **Ja** | **O** | **Nein** |  |
| **O** | **Handzahnbürste** | **O** | **elektrische Bürste** | **Wie oft täglich? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Ernährung / Essgewohnheiten** |
| **O** | **Überwiegend süß** | **O** | **Überwiegend deftig** | **O** | **gemischt** |
| **O** | **Obst / Gemüse** | **O** | **Fast Food** |
| **O** | **Isst unkontrolliert** | **O** | **Isst wenig** | **O** | **Isst viel** |
|  **Lieblingsessen:** |
| **O**  | **Fruchtsäfte** | **O** | **Limonaden** |
| **O** | **Mineralwasser** | **O** | **Tee ungesüßt** | **O** | **Tee gesüßt** |
|  |
| **Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?** |
| **O** | **Daumen, Finger**  | **O** | **Schnuller** |
| **O** | **Trinkfläschchen** | **O** | **Sonstiges (z.B.: Beißring)** |
|  |
| **Ist Ihr Kind in KFO- Behandlung?** | **O** | **Ja** | **O** | **Nein** |
| Wenn ja, seit wann? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| War ein Elternteil in KFO-Behandlung? | **O** | **Ja** | **O** | **Nein** |
| **…und zu guter Letzt !!!!** |
| **Bitte teilen Sie uns Änderungen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes mit, damit wir diese berücksichtigen können.** |
| **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Datum / Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten** |