


MVZ für KINDERZAHNHEILKUNDE
Dres. Lena Piehlmeier & Niran Hajek-Al-Khatar




August - Exter - Straße 4 81245 München
 Telefon 089 - 3090495-0 089 - 3090495-14
 info@kinder-zahnarzt.de www.kinder-zahnarzt.de

Anamnese

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?
 Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen und ggfs. ergänzen.

Asthma, Lungenerkrankung	nein	ja	Tuberkulose, AIDS	nein	ja
Herzerkrankung, Herzpass	nein	ja	Blutgerinnungsstörung	nein	ja
Nieren-, Lebererkrankung	nein	ja	Rheuma	nein	ja
Diabetes	nein	ja	Hör- oder Sehprobleme	nein	ja
Heuschnupfen, Allergie	nein	ja	Geist. Beeinträchtigung/Behinderung	nein	ja
Spastische Lähmung, Epilepsie	nein	ja	Tumore	nein	ja
Pflegestufe? Wenn ja, welche?					
Besonderheiten in d. Schwangerschaft/Geburt?					
Welche schweren Krankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?					
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	nein	ja, welche?			
Medikamentenunverträglichkeit?	nein	ja, welche?			
Tetanusimpfung vorhanden?	nein	ja			
Name und Telefonnummer des Kinderarztes:					

Zahnärztliche Anamnese

Lutschgewohnheiten?	nein	Schnuller	Daumen
Hatte Ihr Kind schon Zahnschmerzen o. einen Unfall im Zahn-/Mundbereich?	nein	ja, wann:	
Name und Tel.-Nr. des bisher behandelnden Zahnarztes:			
Name und Tel.-Nr. des bisher behandelnden Kieferorthopäden:			
freundlich		Welche Einstellung hat Ihr Kind zum Zahnarzt?	  Angst
		neutral	
Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches?			

Jeder unterzeichnende Elternteil sichert hiermit ausdrücklich zu, ggfs. mit umfassender Einwilligung des abwesenden Sorgeberechtigten zu handeln.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r