



ZAHNWELTEN HAMBURG

Zahnheilkunde und
Kieferorthopädie
für Kinder & Jugendliche

ANAMNESEBOGEN (UNTER 18 JAHRE)

Bitte vollständig ausfüllen, unterschreiben und
vor der Behandlung in der Praxis abgeben



ANGABEN ZU PATIENT UND ELTERN

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Versicherung: _____ versichert über: Mutter ☐ Vater ☐

Zahnzusatzversicherung: _____

Wer hat das Sorgerecht? Beide (1+2) ☐ Mutter(1) ☐ Vater (2) ☐

Mutter: _____ Straße, Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ PLZ, Ort: _____

Versicherung: _____ Telefon: _____

E-Mail.: _____ Beruf: _____

Vater: _____ Straße, Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ PLZ, Ort: _____

Versicherung: _____ Telefon: _____

→ nächste Seite



Dr. Ebru Urcan Hüthüt
M.Sc. Kieferorthopädie



Gesundheitszentrum
Am Wall 1 (Haus A)
21073 Hamburg



Tel 040-30 23 49 55
Fax 040-30 23 49 57



Kontakt & Website
info@zahnwelten-hamburg.de
www.zahnwelten-hamburg.de



ZAHNWELTEN
HAMBURG

Zahnheilkunde und
Kieferorthopädie
für Kinder & Jugendliche



ANAMNESEBOGEN (S.2)

WICHTIGE ANGABEN ZUR GESUNDHEIT IHRES KINDES

Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten? Bitte kreuzen Sie Betreffendes an.

- | | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Asthma | ☐ | Herzerkrankung | ☐ |
| Epileptische Anfälle | ☐ | Blutkrankheiten | ☐ |
| Sprachprobleme/ Hörprobleme/Sehschwäche | ☐ | Stoffwechselkrankheiten, Diabetes | ☐ |
| Leber- oder Nierenerkrankung | ☐ | Infektionskrankheiten | ☐ |
| Behinderung/Entwicklungsverzögerung | ☐ | | |

Hat Ihr Kind sonstige Krankheiten? ☐

Wenn ja, welche: _____

Hat Ihr Kind Allergien? ☐

Wenn ja, welche: _____

Ist der Schweregrad bekannt, gibt es einen Allergiepass? ☐

War ihr Kind schon mal im Krankenhaus? ☐

Wenn ja, wann und warum? _____

**Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige
Medikamente zu sich genommen oder
nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?** ☐

Wenn ja, welche? _____

→ nächste Seite



Dr. Ebru Urcan Hüthüt
M.Sc. Kieferorthopädie



Gesundheitszentrum
Am Wall 1 (Haus A)
21073 Hamburg



Tel 040-30 23 49 55
Fax 040-30 23 49 57



Kontakt & Website
info@zahnwelten-hamburg.de
www.zahnwelten-hamburg.de



ZAHNWELTEN HAMBURG

Zahnheilkunde und
Kieferorthopädie
für Kinder & Jugendliche

ANAMNESEBOGEN (S.3)



ZAHNMEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Kinderarzt / Vorbehandler: _____

	Ja	Nein
War ihr Kind bereits beim Zahnarzt? ☐	☐	☐ ☐
Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund - oder Gesichtsbereich? ☐	☐	☐
Benutzt Ihr Kind einen Schnuller oder den Daumen? ☐	☐	☐
Bekommt Ihr Kind Fluoridpräparate? ☐	☐	☐
Ist Ihr Kind gestillt worden?	☐	☐
Hat Ihr Kind die Flasche bekommen?	☐	☐
Bekommt es Sie noch?	☐	☐

Was trinkt ihr Kind hauptsächlich? _____

Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

aktuelle Zahnschmerzen ☐ Kontrolle ☐ anderer Grund ☐ ☐

Wie haben Sie von uns erfahren?

**Wenn Sie Ihre Termine nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte
24 Stunden vorher, da wir Ihnen sonst den Terminausfall in Rechnung stellen müssen.**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r bzw.
Erziehungsberechtigte/r



Dr. Ebru Urcan Hüthüt
M.Sc. Kieferorthopädie



Gesundheitszentrum
Am Wall 1 (Haus A)
21073 Hamburg



Tel 040-30 23 49 55
Fax 040-30 23 49 57



Kontakt & Website
info@zahnwelten-hamburg.de
www.zahnwelten-hamburg.de