

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb.am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
421900200	821495902	13.08.2026

Versicherte(r)

Behandlungseinrichtung	Beh.-ID
Burgfeldkrankenhaus	
Wigandstr. 61	
34131 Kassel	
Behandelnde(r) Ärztin/Arzt:	Arzt-ID
Dr. Karl Müller	1

Dokumentation zum Patientengespräch:

Aufnahmebogen Kind

Einleitung

Um für die Behandlung Ihres Kindes geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese).

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter.

J = Ja | N = Nein

Patient (Kind)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

(weiter in rechter Spalte)

Kontaktdaten

☐ Telefon (privat):

☐ Telefon (mobil):

☐ E-Mail-Adresse:

1. Erziehungsberechtigte

Haben Sie das alleinige Sorgerecht?

J ☐ N ☐

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Beruf:

Telefon:

E-Mailadresse:

2. Erziehungsberechtigte

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

(weiter auf nächster Seite)

Aufnahmebogen Kind

PLZ, Ort:

Beruf:

Telefon:

E-Mailadresse:

Versicherter

Familienversichert bei:

☐ Mutter ☐ Vater

Der Versicherte ist abweichend vom Erziehungsberechtigten

J ☐ N ☐

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherung

Krankenkasse/Versicherung:

Wie ist Ihr Kind versichert?

gesetzlich versichert J ☐ N ☐

privat versichert J ☐ N ☐

Beihilfe J ☐ N ☐

Basistarif J ☐ N ☐

Mein Kind hat eine Zusatzversicherung. J ☐ N ☐

Besteht für das Kind ein Pflegegrad? J ☐ N ☐

Wenn ja, welcher Grad?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Kinderarzt

Name:

Anschrift und Telefonnummer des Kinderarztes:

Allgemein

Ist Ihr Kind bereits Patient bei uns? J ☐ N ☐

Alter:

(weiter in rechter Spalte)

Größe:

Gewicht:

Geschlecht:

☐ W ☐ M ☐ D

Für Mädchen im gebärfähigen Alter:

Werden Verhütungsmittel verwendet? J ☐ N ☐

(z. B. Hormon-, Kupferspirale, Antibabypille)

Könnte Ihr Kind schwanger sein? J ☐ N ☐

Stillt Ihr Kind? J ☐ N ☐

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Um unseren Patientenservice zu verbessern, freuen wir uns, wenn Sie uns mitteilen, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind.

☐ Empfehlung durch:

☐ Überwiesen von:

Über das Internet:

☐ Homepage

☐ Google

☐ Facebook/Instagram

☐ Youtube/Vimeo

☐ Ärztebewertungsportale
(z. B. Jameda, Arzt-Auskunft, imedo):

☐ Sonstige Internetpräsenz:

Was ist der Grund Ihres Besuches?

☐ Kontrolluntersuchung

☐ Besuch auf Anraten des Schulzahnarztes

☐ Sonstiges:

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

☐ Vorbeugung vor Zahnerkrankungen
(Prophylaxe)

☐ Fissurenversiegelung aller Backenzähne

☐ Speicheltest zur Bestimmung des Kariesrisikos

☐ Sonstiges:

Aufnahmebogen Kind

Behandlung

Leidet Ihr Kind zurzeit an einer Infektion? J ☐ N ☐
(z. B. Erkältung, Magen-/Darminfektion)

Befand sich Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? J ☐ N ☐

Kam es bei früheren Behandlungen/ Operationen zu Komplikationen? J ☐ N ☐
(wie verstärkte Blutungen, Narbenbildung, Abszessbildung,...)

Medikamente

Nimmt Ihr Kind regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein? J ☐ N ☐

Herz-Kreislauf-Gefäßerkrankungen

Hoher Blutdruck J ☐ N ☐
Niedriger Blutdruck J ☐ N ☐
Herzinfarkt J ☐ N ☐
Herzfehler J ☐ N ☐
Herzmuskelentzündung J ☐ N ☐
Angina pectoris (Brustschmerzen) J ☐ N ☐
Herzschwäche (Herzinsuffizienz) J ☐ N ☐
Durchblutungsstörungen J ☐ N ☐
Thrombose/Embolie (z. B. Schlaganfall) J ☐ N ☐
Andere Herz-Kreislauf-Gefäßerkrankung J ☐ N ☐

Gerinnungsstörungen

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Gerinnungsstörungen:
Entstehen blaue Flecken/Nasenbluten? J ☐ N ☐
Blutarmut (Anämie) J ☐ N ☐

Allergien/Unverträglichkeiten

Schmerzmittel J ☐ N ☐

Antibiotika J ☐ N ☐

Lokalanästhesie J ☐ N ☐
Jod J ☐ N ☐

(weiter in rechter Spalte)

Andere hier nicht aufgeführte Allergien oder Unverträglichkeiten: J ☐ N ☐

Infektionskrankheiten

Hepatitis J ☐ N ☐
Wenn ja, welche?
☐ Typ-A ☐ Typ-B ☐ Typ-C ☐ Typ-D
HIV-positiv (AIDS) J ☐ N ☐
Tuberkulose (Tbc) J ☐ N ☐
Andere Infektionskrankheit J ☐ N ☐

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes mellitus J ☐ N ☐
☐ Typ 1 ☐ Typ 2
HbA1c-Wert:

Weitere Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen J ☐ N ☐

Gelbsucht J ☐ N ☐
Lungenerkrankung J ☐ N ☐

Asthma J ☐ N ☐
Krebserkrankungen J ☐ N ☐

Epilepsie J ☐ N ☐
Magen-Darm-Erkrankungen J ☐ N ☐

Nierenerkrankungen J ☐ N ☐

Augenerkrankungen J ☐ N ☐

Leidet Ihr Kind an weiteren, bisher nicht aufgeführten Erkrankungen? J ☐ N ☐

Röntgenaufnahmen

Wann und wo wurden Ihr Kind das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

Aufnahmebogen Kind

Lutschgewohnheiten

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

- ☐ Daumen/Finger
- ☐ Schnuller
- ☐ Sonstiges (z. B. Beißring)

Hat Ihr Kind eine Nuckelflasche?

J ☐ N ☐

Eine Tablettenfluoridierung (Fluoretten)

- ☐ wird durchgeführt

Dosierung in mg:

- ☐ wurde durchgeführt

Bis zu welchem Alter (in Jahren):

- ☐ wurde nicht durchgeführt

Werden die Zähne des Kindes geputzt?

- ☐ bisher noch nicht erfolgt
- ☐ nicht regelmäßig jeden Tag
- ☐ 1x täglich
- ☐ 2x täglich
- ☐ 3x täglich und mehr
- ☐ mit Zahnpasta

Marke:

- ☐ ohne Zahnpasta

Die Zahnreinigung erfolgt durch

- ☐ durch das Kind
- ☐ Erwachsene

Das Kind reagiert bei der Zahnreinigung

- ☐ bereitwillig
- ☐ mit Widerstand
- ☐ wechselnd

Zahnärztliche Angaben

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

J ☐ N ☐

War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung?

J ☐ N ☐

Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?

J ☐ N ☐

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine?

J ☐ N ☐

Dürfen wir Sie an Vorsorgetermine Ihres Kindes erinnern?

J ☐ N ☐

(weiter in rechter Spalte)

Sind bei Ihnen oder Ihrer Familie und den betreuenden Personen des Kindes starke Probleme hinsichtlich der Zähne vorhanden?

J ☐ N ☐

Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

Unser Service

Um Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten und Sie zuverlässig über alle nötigen Informationen in Kenntnis zu setzen, beinhaltet unser Patientenservice folgende Serviceleistungen:

Wir senden Ihnen eine Terminbestätigung Ihres Kindes per E-Mail, erinnern Sie an bestehende Termine per SMS, senden Ihnen die Beratungs- und Behandlungsinformationen per E-Mail und benachrichtigen Sie, wenn wieder ein Termin zur Kontrolluntersuchung und/oder Prophylaxe ansteht, damit das Bonusheft Ihres Kindes immer vollständig geführt ist.

Sie können diesen Service jederzeit an der Anmeldung widerrufen.

Datenschutz

(gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b und c, Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO)

Im Rahmen der medizinischen Behandlung werden die personenbezogenen Daten des Kindes, insbesondere Gesundheitsdaten, durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie das medizinische Personal zum Zweck der Dokumentation und Durchführung der Behandlung verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Verpflichtungen (u. a. § 630f BGB) sowie zur Erfüllung des Behandlungsvertrags. Sie haben das Recht, auf schriftlichen Antrag unentgeltlich Auskunft über die zu Ihrem Kind gespeicherten Daten zu erhalten. Darüber hinaus haben Sie das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie – soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen entgegenstehen – auf Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung.

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben nach bestem Gewissen gemacht worden sind.

(weiter auf nächster Seite)

Aufnahmebogen Kind



Unterschrift Erziehungsberechtigter
Ort/Datum: Kassel, 13.08.2026