

Anamnesebogen Kinder

1 Angaben Patient

Name Vorname m w Geburtsdatum Geburtsort

2 Angaben Erziehungsberechtigte/r Mutter Vater gesetzlicher Vertreter

Name Vorname m w Geburtsdatum

Straße / Hausnummer* PLZ* Wohnort*

Telefon privat Handynummer E-Mail-Adresse

*Falls abweichend von den Daten des Patienten

3 Krankenversicherung

Krankenkasse/ -versicherung

Patient ist privat versichert gesetzlich versichert Zusatzversichert über Mutter Vater gesetzlichen Vertreter

Zahlungspflichtige/r ist Mutter Vater gesetzlicher Vertreter

Name* Vorname* m w Geburtsdatum*

Straße / Hausnummer* PLZ* Wohnort*

*Falls abweichend von Punkt 2

4 Kinderarzt

Name / Anschrift

5 Vorheriger Zahnarzt

Name / Anschrift

6 Allgemeine Fragen zur Gesundheit

Allergien (nachgewiesen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	<input type="text"/>
Atemwegserkrankungen (Asthma/Lungenerkrankungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Diabetes (Zucker) oder andere Stoffwechselkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Erkrankungen der Niere und/oder Leber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Geistige Behinderung/Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Entwicklungsstufe des Kindes (Alter)?	<input type="text"/>
Herzkrankungen, -fehler und/oder -geräusche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzpass (seit)?	<input type="text"/>
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, TBC)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Lernschwäche/ADHS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Medikamentenunverträglichkeiten (z. B. Antibiotika)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	<input type="text"/>
Schwierigkeiten bei der Geburt/Frühgeburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In welcher SSW?	<input type="text"/>
Sprach-, Hör- und/oder Sehprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	<input type="text"/>
Ist der Impf-/Tetanusschutz vollständig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	<input type="text"/>

Bitte wenden ▶

Anamnesebogen Kinder

6 Zahnmedizinische Fragen

- War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein Wenn ja, warum?
- Welche Einstellung hat Ihr Kind zum Zahnarzt? neutral ängstlich negatives Erlebnis
- Hat Ihr Kind (aktuell) Zahnschmerzen? ja nein
- Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich? ja nein
- Hat(te) Ihr Kind einen Schnuller/lutscht(e) am Daumen? ja nein Wenn ja, bis zu welchem Alter?
- Schnarcht Ihr Kind beim Schlafen? ja nein
- Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein Entwicklungsstufe des Kindes (Alter)?
- Wurden vom Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich bereits Röntgenaufnahmen angefertigt? ja nein Wenn ja, wann?

7 Ernährung | Putzgewohnheiten | Fluoridanamnese

- Wurde Ihr Kind gestillt? ja nein Wenn ja, wie lange?
- Wurde Ihr Kind mit der Flasche ernährt? ja nein Wenn ja, wie lange?
- Auch nachts/zum Einschlafen? ja nein
- Welche Getränke trinkt Ihr Kind hauptsächlich? Wasser Tee Milch Saft pur Saft-Schorlen Limonade
- Wie oft isst Ihr Kind Süßes? täglich ____ x pro Woche selten
- Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? 2 x täglich 1 x täglich nie
- Womit putzt Ihr Kind die Zähne? Handzahnbürste elektr. Zahnbürste
- Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach? ja nein Ich kontrolliere nur
- Verwendet Ihr Kind Zahnseide? ja nein
- Welche Fluorid-Präparate geben Sie Ihrem Kind? Zahnpasta Mundspüllösung Speisesalz Fluorid-Tabletten Fluorid-Gel (1 x wöchentlich) keine

8 Anamnese Eltern

- Allergien (nachgewiesen) ja nein Wenn ja, welche?
- Medikamentenunverträglichkeiten (z.B. Antibiotika) ja nein Wenn ja, welche?
- Neigen Sie zu Karies (Mutter oder Vater)? ja nein
- Neigen Sie zu Zahnstein (Mutter oder Vater)? ja nein

9 Allgemeines

- Wie sind Sie auf die Praxis für Kinderzahnheilkunde aufmerksam geworden? Kindergarten Schule Freunde Internet Zahnarzt Zeitung Empfehlung durch
- Dürfen wir Sie per E-Mail an die (Vorsorge-)Termine Ihres Kindes erinnern? ja nein Wenn ja, geben Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse auf S. 1 an.

Bitte beantworten Sie die Fragen im Interesse Ihres Kindes wahrheitsgemäß und teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes und des Versichertenstatus mit. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ort / Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r