



Kinder-Anamnesebogen

Liebe Eltern,
wir heißen Sie mit Ihrem Kind in unserer Praxis herzlich willkommen. Damit wir Ihrem Kind in unserer Praxis eine möglichst angenehme Zahnbehandlung zukommen lassen können und weil wir uns gerne auf Ihr Kind einstellen wollen, benötigen wir für unsere Vorbereitung einige Informationen. Daher möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

Name (Kind) _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Telefon _____

Über welche Person ist das Kind versichert?

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Telefon _____

Mobiltelefon _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Gesetzliche Krankenkasse zusatzversichert freiwillig versichert

Private Krankenkasse _____ vollversichert Standardtarif (1,7fach)

Anspruch auf Beihilfe

Kinderarzt _____

Ihr Kind geht in den Kindergarten _____

die Schule _____

eine andere Einrichtung, nämlich _____

Einblicke in die Welt des Kindes:

Liebings-Beschäftigung Ihres Kindes _____ Liebings-Spielzeug _____

Liebings-Essen _____ Liebings-Getränk _____

Liebings-Tier _____ Liebings-Farbe _____

Liebings-Buch _____ Liebings-Film/Serie _____

Liebingskuscheltier (bitte mitbringen, wenn Ihr Kind das möchte): _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind speziell beim Zahnarzt am meisten Angst? _____

Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch:

Schmerz Festhalten Spritze falsche Versprechungen andere Vorkommnisse

Wenn ja, welche? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes, Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Rheuma/rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? ja nein

Herzoperationen angeborener oder erworbener Herzfehler Sonstiges? _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Wenn ja, worauf? _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund? ja nein

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Gab es Probleme bei der Schwangerschaft/Geburt? ja nein

Wenn ja, warum? _____

Was sollten wir sonst noch wissen? _____

Zahnpflege

- Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern von den Eltern
- Wann werden sie geputzt? vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen
 nach dem Abendessen vor dem Zu-Bett-Gehen
- Womit werden sie geputzt? Handzahnbürste elektr. Zahnbürste Munddusche
 Zahnzwischenraumbürste Zahnseide Zahnhölzchen
- Mit welcher Zahnpasta? Kinderzahnpasta ohne Fluorid Kinderzahnpasta mit Fluorid
 Juniorzahnpasta Erwachsenenzahnpasta

Fluoridzufuhr

- Werden oder wurden D-Fluoretten gegeben? ja nein
- Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet? ja nein
- Wird zu Hause fluoridiertes Speisesalz genutzt? ja nein

Lutschgewohnheiten

- Lutscht Ihr Kind oder hat es gelutscht? ja nein

wenn ja, woran? _____

Ernährungsgewohnheiten

Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf? (Bitte zutreffendes unterstreichen):
Leitungswasser, Mineralwasser, ungesüßten Tee, gesüßten Tee, Fruchtsaftchorle, Fruchtsaft, Sportgetränk, Instanttee,
Milch, Limonade, Eistee, Kakao, Cola, _____

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag ungefähr? _____

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit? (Bitte zutreffendes unterstreichen):
Obst, Gemüse, Kaugummi, Joghurt, belegtes Brot, Brezen, Reiswaffeln, Müsliriegel, Kekse, Kuchen, Chips, Salzstangen,
Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers usw.), _____

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? _____

Internet andere Quelle _____

Es besteht Interesse an unserem Erinnerungsservice
 individuellen Prophylaxemaßnahmen (Ernährungsberatung, Putzschule, Intensivprophylaxe)

Sorgerecht: Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht habe
 Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn
 Ich bin nicht erziehungsberechtigt

Unterschrift _____
Erziehungsberechtigter 1 Erziehungsberechtigter 2

Ort _____ Datum _____