

Liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten Sie bitten, den Anamnesebogen für Ihr Kind sorgfältig auszufüllen. Die Fragen und Angaben dienen der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Bitte ignorieren Sie die Fragen, die nicht dem Alter Ihres Kindes entsprechen. Vielen Dank!

Patientendaten

Name, Vorname des Kindes: _____ geb. am: _____

Name, Vorname der Mutter: _____ geb. am: _____

Name, Vorname des Vaters: _____ geb. am: _____

Anschrift des Kindes: _____ Tel (privat) _____

_____ Tel (mobil) _____

gesetzlich versichert privat versichert zusatzversichert

Name der Versicherung(en): _____

Als Familienmitglied mitversichert bei: Mutter Vater

Beruf (des Versicherten): _____

Name und Anschrift des Kinderarztes: _____

Kindergartenkind: ja nein Schulkind: ja nein

Sonstige Fremdbetreuung (z.B. Kindertagesstätte): _____

Was ist Ihnen für die Zähne Ihres Kindes wichtig?

Kurzfristig? _____

Langfristig? _____

Gibt es besondere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?

Nützliche Zusatzinformationen

Um einen Bezug zu Ihrem Kind herstellen zu können, sind Hintergrundinformationen oft hilfreich.

Lieblingsfarbe: _____

Lieblingsspielzeug: _____

Lieblingsessen: _____

Lutschgewohnheiten

Daumen/Finger ja nein Schnuller ja nein

Flasche/Brust

Stillen / Milchflasche ja nein tagsüber nachts

Allgemeine Anamnese

Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein
Herz/Kreislaufkrankungen:		
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

Bluterkrankungen:		
Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämophilie (Bluter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

Stoffwechselerkrankungen:		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

Erkrankungen des Nervensystems:		
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

Allergien/Medikamentenunverträglichkeit:		
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natriumbicarbonat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glycin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenallergie/-unverträglichkeit _____		
Sonstige Allergien? _____		
Hat Ihr Kind einen Allergiepass? <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Infektionskrankheiten:		
Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Atemwegs- erkrankungen / Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen, Syndrom, etc.: _____		

Frühere Krankenhausaufenthalte
Wann ja, wann und weshalb?

Ist Ihr Kind z. Zt. In ärztlicher (nicht zahnärztlicher) Behandlung?
Ja, wegen: _____
Arzt/Ärztin: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?
Wenn ja, welche? _____

Zahnärztliche Anamnese

Erster Zahnarztbesuch mit _____ Jahren.
Zahnarzterfahrung des Kindes
 gut
 mittel
 schlecht
 keine Zahnarzterfahrung

Mund-Kiefer – OP's/Unfälle?
 Frontzahntrauma
 Operationen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
Wann? Warum? _____
Folgen: _____

Kieferorthopädische Behandlung
 Mutter
 Vater
 Geschwister
 Patient
 KFO geplant?

Ernährungsgewohnheiten

Was isst Ihr Kind meistens zum Frühstück?

- Brot
- Käse/Wurst
- Joghurt
- Müsli
- Obst
- Nutella
- Marmelade
- Honig
- Sonstiges

Was trinkt Ihr Kind meistens zum Frühstück?

- Wasser
- Milch
- Tee gesüßt
- Tee ungesüßt
- Kakao
- Saft/Schorle
- Limonade
- Sonstiges

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeiten?

- Belegtes Brot
- Obst/Rohkost
- Kuchen
- Süßigkeiten
- Chips
- Sonstiges

Was trinkt Ihr Kind im Verlauf des Tages?

- Wasser
- Limonade
- Saft/Schorle
- Milch
- Kakao
- Tee gesüßt
- Tee ungesüßt
- Sonstiges

Ort, Datum

Ort, Datum

Überlassen Sie Ihrem Kleinkind die Flasche zum Dauernuckeln?

- tagsüber ja nein
- nachts ja nein

Inhalt: _____

Was isst und trinkt Ihr Kind meistens zum Abendessen?

Mundhygienegewohnheiten

Wie oft putzt sich Ihr Kind die Zähne

- gar nicht 3-mal tägl.
- 1-mal tägl. häufiger
- 2-mal tägl. sonstige Intervalle: _____

Wann werden die Zähne üblicherweise geputzt?

- morgens vor den Mahlzeiten
- mittags nach den Mahlzeiten
- abends

Wie lange werden die Zähne in der Regel geputzt?

Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt ...

... von wem?

- vom Kind allein
- mit Hilfe der Eltern
- von den Eltern

... mit was?

- mit Handzahnbürste
- mit elektrischer Zahnbürste
- mit Kinderzahnpaste
- mit Erwachsenenzahnpaste
- ohne Zahnpasta

Individuelle Fluoridanamnese

- Fluoridiertes Speisesalz ja nein
- Kinderzahnpaste ja nein
- Erwachsenenzahnpaste ja nein
- Fluoridtabletten ja nein
- Seit wann? _____

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte/

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte