

Kinder – Anamnesebogen

Liebe Eltern,

herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Wir möchten Sie bitten, sich kurz etwas Zeit zu nehmen und diesen Anamnesebogen für Ihr Kind auszufüllen. Wir möchten Ihrem Kind eine bestmögliche Behandlung in angenehmer Atmosphäre bieten können.

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 beihilfeberechtigt

Kinderarzt _____

Einblicke in die Welt des Kindes:

Liebings-Beschäftigung _____ Liebings-Spielzeug _____

Liebings-Essen _____ Liebings-Getränk _____

Liebings-Tier _____ Liebings-Farbe _____

Liebings-Buch _____ Liebings-Film/Serie _____

Liebingskuscheltier (darf gern zur Behandlung mit kommen) _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt? Ja Nein

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

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Trifft eine der nachfolgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> ADHS |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> geistiger Verzögerung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Infektionserkrankung (TBC, Hepatitis) | | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |

Bestehen sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund? Ja Nein

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Gab es Probleme in der Schwangerschaft/Geburt? Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

Sollten wir sonst noch etwas wissen? _____

Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern von den Eltern

Wann werden sie geputzt? morgens mittags abends

Womit werden sie geputzt? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Zahnseide andere Hilfsmittel

Mit welcher Zahnpasta? Kinderzahnpasta mit Flourid Juniorzahnpasta

Kinderzahnpasta ohne Flourid

Erwachsenenzahnpasta

Flouridzufuhr

Werden oder wurden D-Fluoretten gegeben? Ja Nein

Wird Fluorid-Gel (Elmexgelee) angewandt? Ja Nein

Lutscht Ihr Kind am Daumen oder nimmt es den Nuckel? Ja Nein

Ernährungsgewohnheiten:

Wie viele Zwischenmahlzeiten nimmt Ihr Kind zu sich? _____

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeit? _____

Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten? _____

Was trinkt Ihr Kind zwischendurch? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte Google Zeitung Kindergarten/Schule

Überweisung Arzt/Zahnarzt

Es besteht Interesse an unserem Erinnerungsservice

Individuellen Prophylaxemaßnahmen

Liebe Eltern, wir sind eine spezialisierte Kinderzahnarztpraxis. Die vereinbarten Termine werden speziell für Ihr Kind freigehalten. Während dieser Zeit wird kein anderer Patient behandelt. Für die Behandlung Ihres Kindes nehmen wir uns ausreichend viel Zeit. Wir bitten Sie daher im Verhinderungsfall so schnell wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen.

Ich versichere, jede relevante Veränderung, die mein Kind betrifft, vor der Behandlung mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigter)
