

Anamnesebogen



1. Persönliche Angaben

Kontakt-daten des Kindes

Name _____	Geb.-Datum _____	<input type="radio"/> w	<input type="radio"/> m
Vorname _____	Geb.-Ort _____		
Erziehungsberechtigter _____	<input type="radio"/> Beide	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater

Kontakt-daten der Eltern

Name _____	Geb.-Datum _____	<input type="radio"/> w	<input type="radio"/> m
Vorname _____	E-Mail _____		
Straße _____	PLZ/Ort _____		
Telefon _____	Mobil _____		

Krankenversicherung

Name der Krankenversicherung _____	Besteht eine Zusatzversicherung? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Kind ist versichert über <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater	Name/Geb.-Datum _____
Zahlungspflichtiger <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater	Name/Anschrift _____
<input type="radio"/> Abweichende Person	

Kinderarzt

Name _____
Anschrift _____

Vorheriger Zahnarzt

Name _____
Anschrift _____

2. Allgemeine Gesundheitsfragen

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

3. Zahnmedizinische Gesundheitsfragen

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<u>Warum?</u>
Welche Einstellung hat Ihr Kind zum Zahnarzt?	<input type="radio"/> Neutral	<input type="radio"/> Ängstlich <input type="radio"/> Negatives Erlebnis
Hat Ihr Kind (aktuell) Zahnschmerzen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	_____
Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	_____
Hat Ihr Kind den Schnuller oder lutscht am Daumen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<u>Wenn nein, bis zu welchem Alter?</u>
Schnarcht Ihr Kind beim Schlafen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<u>Beim wem?</u>
Wurden vom Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich bereits Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<u>Wann?</u>

4. Ernährungs- & Putzgewohnheiten & Fluoridanamnese

Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<u>Wie lange?</u>
Wurde Ihr Kind durch die Flasche ernährt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Auch nachts/zum Einschlafen
		<u>Wie lange?</u>
Welche Getränke trinkt Ihr Kind hauptsächlich?	<input type="radio"/> Wasser	<input type="radio"/> Tee (mit Honig/Zucker) <input type="radio"/> Milch
	<input type="radio"/> Saft-Schorlen	<input type="radio"/> Saft (pur) <input type="radio"/> Limonade
Wie oft isst Ihr Kind Süßes?	<input type="radio"/> Täglich	<input type="radio"/> __mal/Woche <input type="radio"/> Selten
Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?	<input type="radio"/> 2x täglich	<input type="radio"/> 1x täglich <input type="radio"/> Nie
Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ich kontrolliere nur
Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate?	<input type="radio"/> Zahnpasta	<input type="radio"/> Fluorid-Tabletten <input type="radio"/> Fluorid-Gel (1x Wo)
	<input type="radio"/> Mundspüllösung	<input type="radio"/> Speisesalz <input type="radio"/> Nein
Womit putzt Ihr Kind die Zähne?	<input type="radio"/> Handzahnbürste	<input type="radio"/> Elektr. Zahnbürste
Verwendet Ihr Kind Zahnseide?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, selten <input type="radio"/> Ja, regelmäßig

5. Anamnese der Eltern

Allergien (nachgewiesen)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<u>Welche?</u>
Medikamentenunverträglichkeiten (z.B. Antibiotika)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<u>Welche?</u>
Neigen Sie zu Karies (Mutter oder Vater)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Neigen Sie zu Zahnstein (Mutter oder Vater)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	

6. Allgemeines

Wie sind Sie auf die Praxis für Kinderzahnheilkunde aufmerksam geworden?	<input type="radio"/> Kindergarten <input type="radio"/> Schule <input type="radio"/> Freunde
	<input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Zahnarzt <input type="radio"/> Zeitung
	<input type="radio"/> Empfehlung von _____
Dürfen wir Sie an den (Vorsorge-)Termin Ihres Kindes erinnern?	<input type="radio"/> Ja, per e-Mail <input type="radio"/> Nein, danke

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 des Erziehungsberechtigten

