



# Kinderanamnesebogen

Bitte soweit wie möglich ausfüllen. Danke!

## Patient:

Name Vorname Geburtsdatum

versichert über:

Name Vorname Geburtsdatum

gesetzlich versichert  privat versichert

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Warum kommt Ihr Kind heute zu uns?

Routineuntersuchung

Schmerzen

Sonstiges

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?  
Falls ja, wie verlief dieser Besuch?  Ja  Nein

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarzt?

Ja  Nein

Wurde Ihr Kind gestillt?  
Falls ja, von wann bis wann?  Ja  Nein

Nuckelt Ihr Kind am Daumen oder benutzt einen Schnuller?  Ja  Nein

Von wann bis wann bekam Ihr Kind die Flasche?

Was bekommt Ihr Kind in der Regel zu Trinken?

Wasser  ungesüßter Tee  gesüßter Tee

Schorle  Säfte  Kakao

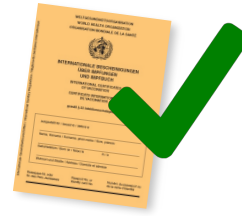
Limonade  Milch

Wie häufig bekommt Ihr Kind Süßigkeiten?

Nie  Selten  Ab und an  Oft

Wurde Ihr Kind gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Polio, Masern, Mumps, Röteln etc. geimpft? (Impfpass)

- Ja       Nein



Hat Ihr Kind ...

- |                                                                                       |                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma oder Lungenerkrankungen?                              | <input type="checkbox"/> epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?                                  |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkolose, HIV?  | <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten oder Blutungsneigungen? Blutet Ihr Kind länger?           |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?                       | <input type="checkbox"/> einen Herzfehler, Herzgeräusche, oder Herzerkrankungen? Falls ja, welche? |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden oder eine Ohnmachtsneigung?             |                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelüberempfindlichkeiten wie z.B. gegen Penicillin? |                                                                                                    |

---

Liegen bei Ihrem Kind Allergien vor?  Nein     Ja  
Falls ja, welche?

---

Liegen bei Ihrem Kind sonstige angeborene Krankheiten vor oder gab es Schwierigkeiten bei der Geburt?  Ja       Nein  
Falls ja, welche?

---

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  Ja       Nein  
Falls ja, welche?

---

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?  Ja       Nein

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese ein?  Ja       Nein  
Falls ja, von wann bis wann?

---

Werden Mundspüllösungen verwendet? Falls ja, welche?

- Ja       Nein

---

Wird mit fluoridierter Zahncreme geputzt? Falls ja, mit welcher?

- Ja       Nein

---

Ist Ihr Kind ...

- wasserscheu bzw. empfindlich gegenüber Wasser?       besonders lichtempfindlich?

Welche Hobbys, Interessen oder Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind zur Zeit?

## Fragen zur Kinderbehandlung

- Ja, ich bin damit einverstanden, den Behandlungsraum zu verlassen, falls mein Kind sich nicht die Zähne anschauen lassen will oder nicht gut mitarbeitet.
- Ja, ich bin damit einverstanden, den Behandlungsraum zu verlassen, falls mein Kind bei einfachen, schmerzfreien Maßnahmen (z.B. beim Zähneputzen) nicht mitarbeiten will.
- Ja, ich bin damit einverstanden telefonisch oder postalisch an den nächsten Vorsorgetermin erinnert zu werden.

---

Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten