



Anamnesebogen Kinder (0-10 Jahre)



Liebe Eltern,

Wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen. Dieser Antwortbogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und schicken Sie ihn uns (wenn möglich) schon **vor** der Behandlung zu, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kind

Name: _____ Geb. Datum: _____
 Vorname: _____ Mobil: _____
 Straße, Hausnr.: _____ Telefon: _____
 PLZ, Ort: _____

Mutter

Name: _____ Geb. Datum: _____
 Vorname: _____

Vater

Name: _____ Geb. Datum: _____
 Vorname: _____

Über welche Person ist das Kind versichert? Mutter Vater

Anschrift (nur falls abweichend)

Straße, Hausnr.: _____ Mobil: _____
 PLZ, Ort: _____ Telefon: _____
 Krankenkasse: _____

- gesetzlich versichert Zusatzversicherung privat versichert
 Beihilfeberechtigt Basistarif

Kinderarzt (Name / Anschrift): _____

Bitte geben Sie uns ein paar Einblicke in die Welt Ihres Kindes:

- Ihr Kind geht in den Kindergarten
 in die Schule
 in eine andere Einrichtung, nämlich: _____

Geschwister: _____ Schwester(n) Alter: _____
 _____ Bru(e)der Alter: _____

Lieblingsbeschäftigung / Hobby: _____

Lieblingsspielzeug: _____

Lieblingstier: _____

Lieblingsessen / Getränk: _____

Lieblingsbuch: _____

Lieblingofilm / -serie: _____

Lieblingkuscheltier: _____ Darf gerne mitgebracht werden!

Bester Freund / Beste Freundin: _____

Was sollten wir über Ihr Kind wissen? _____

Zahnmedizinische Anamnese

Wurde Ihr Kind schon einmal zahnärztlich behandelt? Ja Nein

Bei wem? _____

Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes bei der zahnärztlichen Behandlung?

kooperativ Ängstlich, aber die Behandlung war möglich Verweigerung

Gibt es Besonderheiten für Ihr Kind im Zusammenhang mit der Zahnbehandlung (z.B. Spritzenangst, Würgereiz)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Lutscht Ihr Kind an Daumen oder Schnuller oder hat es früher gelutscht?

Ja bis zum _____ Lebensjahr Nein

Hat Ihr Kind bereits sichtbare Karies („Löcher“)? Ja Nein

Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarztbesuch? Ja Nein

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Was ist der Grund Ihres heutigen Besuches? _____

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? _____

Wie putzt Ihr Kind die Zähne? Alleine mit Hilfe der Eltern nur die Eltern

Welche Zahnbürste wird verwendet? Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste

Welche Zahnpasta wird verwendet? _____



- Wird Zahnseide verwendet? Ja Nein
- Werden oder wurden Fluoridtabletten eingenommen? Ja Nein
- Verwendet Ihr Kind Fluoridgelee (z.B. Elmex Gelee®)? Ja Nein
- Wurde Ihr Kind gestillt und/oder hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken? Ja, _____ Monate Nein
- Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? _____
- Wie häufig werden Zwischenmahlzeiten gegessen? _____

Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Erkrankungen?
Dann bitte deutlich „ja“ ankreuzen! (Zutreffendes ggf. unterstreichen)

Medizinische Anamnese

Besteht, bzw. bestand bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen?

- Allergien Nein Ja, und zwar: _____
- Anfallsleiden (z. B. Epilepsie) Nein Ja, und zwar: _____
- Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma) Nein Ja, und zwar: _____
- Blutgerinnungsstörungen Nein Ja, und zwar: _____
- Herz-, Kreislaufkrankungen Nein Ja, und zwar: _____
- Erkrankungen der blutbildenden Organe Nein Ja, und zwar: _____
- Infektionskrankheiten Nein Ja, und zwar: _____
- TBC Immunmangel-Syndrom (AIDS)
- Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C
- ADHS Nein Ja
- Sonstige Erkrankungen Nein Ja, und zwar: _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, und zwar: _____

Hinweis

Die ZAHNARZTPRAXIS ST. ARNOLD ist eine organisierte Bestellpraxis, d.h. wir vergeben Termine, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Wir bitten darum, alle Termine pünktlich einzuhalten oder bei Verhinderung rechtzeitig (d.h. spätestens 24 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Vielen Dank.