

Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

um Ihr Kind in unserer Praxis optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen so gut wie möglich auszufüllen. Selbstverständlich ist die Beantwortung der Fragen freiwillig und wir garantieren absolute Vertrautheit.

Patient:

Nachname, Vorname Geb.-Datum

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Mutter:

Nachname, Vorname Geb.-Datum

Telefonnummer Email

Arbeitgeber

Besondere familiäre Situation
(z.B. Adoption, „Stief“-Vater, getrennt lebend)

Versicherung:

Vater:

Name, Vorname Geb.-Datum

Telefonnummer Email

Arbeitgeber

Besondere familiäre Situation
(z.B. Adoption, „Stief“-Vater, getrennt lebend)

Sorgerecht:

Mutter und Vater nur Mutter nur Vater andere: _____

Muttersprache:

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Auf Empfehlung Überweisung von Zahn-/Arzt: _____

Homepage Internet Facebook sonstige: _____

Zahnmedizinische Anamnese:

Ja Nein

1. War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?
Wenn ja, wann und bei welchem Zahnarzt?

2. Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?
3. Hatte Ihr Kind einen Unfall mit Verletzungen im Gesicht oder Mund?
4. Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen?
5. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?

6. Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

7. Wurden bereits Röntgenbilder von den Zähnen gemacht?
Wann? _____

Allgemeine Anamnese:

Ja Nein

1. Herzerkrankungen?

2. Asthma oder sonstige Lungenerkrankung?

3. Erkrankungen der Leber oder Niere?

4. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)?

5. Stoffwechselkrankheiten (z.B. Diabetes)?

6. Bluterkrankungen?

7. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?

8. Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung?

9. Probleme beim Sprechen oder Hören?

10. Sonstige Krankheiten?

11. Allergien oder Unverträglichkeiten?

Welche? _____

12. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Welche? _____

13. Ist Ihr Kind gegen Tetanus und Masern geimpft?

14. Besonderheiten bei der Geburt:

Welche? _____

15. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt?

Warum? _____

Ernährung:

Süßigkeiten

- 1x / Monat
- 1x/ Woche
- 1x/ Tag
- mehr als 1x/ Tag
- Nie

Frühstück:

Trinken

- Tee mit Zucker
- Tee ohne Zucker
- Milch
- Kakao
- Cola, Fanta, Limo
- Saft
- Saftschorle
- Wasser
- Sonstiges

Essen

- Brot
- Käse, Wurst
- Marmelade, Nutella
- Obst, Gemüse
- Cornflakes
- Müsli
- Gebäck
- Sonstiges

Mittagessen:

Was:

Abendessen:

Was:

Zwischendurch:

Trinken

- Tee mit Zucker
- Tee ohne Zucker
- Milch
- Kakao
- Cola, Fanta, Limo
- Saft
- Saftschorle
- Wasser
- Sonstiges

Essen

- Brot (süß/herzhaft)
- Gebäck
- Obst, Gemüse
- Chips, Salzstangen
- Süßigkeiten
- Sonstiges

Stillen/ Flasche:

- wird noch gestillt
 - Tagsüber
 - Nachts

wurde gestillt bis zum Alter von: _____

trinkt aus der Flasche Was? _____

wurde nicht gestillt

Zahnpflege:

Ihr Kind putzt die Zähne

- Bisher noch nicht
- 1x/ Tag
- 2x/ Tag
- alleine
- mit Eltern
- Eltern putzen nach

- Ohne Zahnpasta
- Mit Zahnpasta für
 - Kinder U 6
 - Kinder ab 6
 - Erwachsene

Die Zähne werden geputzt

- Vor dem Frühstück
- Nach dem Frühstück
- Im Kindergarten/Kita

- Nach dem Mittagessen
- Nach dem Abendessen
- Vor dem Schlafen

Die Zähne werden gepflegt mit

- Handzahnbürste
- Elektrische Zahnbürste

- Zahnseide
- Sonstige

Fluoridanamnese:

Benutzen Sie fluoridierte Zahnpasta?

- Ja
- Nein

Benutzen sie fluoridiertes Salz?

- Ja
- Nein

Tablettenfluoridierung?

- Ja
- Nein