

Anamnesebogen-Kinder

Liebe Kinder, liebe Eltern,

wir freuen uns sehr euch bei uns begrüßen zu dürfen. Wir bitten euch diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Eure Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Weiterhin weisen wir euch darauf hin, dass das Ausfüllen des Anamnesebogens freiwillig ist.

1| Persönliches-Kontaktdaten des Kindes

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon privat

Erziehungsberechtigter: Mutter Vater beide

Kind versichert über: Mutter Vater

Beihilfeberechtigt? Ja Nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung für Ihr Kind? Ja Nein

Kontaktdaten des Hauptversicherten (Elternteil)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Telefon Arbeit

E-Mail

Bitte wenden ->

2I Ernährungsgewohnheiten

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Wenn ja, wie lange? _____

Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken? Ja Nein

Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten? Ja Nein

Benutzt Ihr Kind: Fluoridhaltige Zahnpasta Ja Nein

Fluoridhaltiges Speisesalz Ja Nein

Fluoridtabletten Ja Nein

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? _____

Ihr Kind ist uns wichtig! Was sollen wir bei der Behandlung Ihres Kindes besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen Starke Schmerzempfindlichkeit

Starker Würgereiz Sonstiges _____

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

3I Allgemeine Gesundheitssituation

Allergien? Wenn ja, welche? Ja Nein

Falls ein Allergiepass vorhanden ist, legen Sie uns diesen bitte vor.

Herzerkrankungen,-fehler oder-geräusche: Ja Nein

Herzpass seit: _____

Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen: Ja Nein

Erkrankungen der Leber oder Niere: Ja Nein

Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis, TBC, HIV: Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) oder Stoffwechselkrankheiten: Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen oder andere Blutkrankheiten: Ja Nein

Epilepsie (Krampfanfälle): Ja Nein

Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung: Ja Nein

Probleme beim Sprechen, Hör- und Sehprobleme (Taubheit): Ja Nein

Lernschwäche/AD(H)S: Ja Nein

Erhöhter oder zu niedriger Blutdruck: zu hoch zu niedrig Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

Welche? _____

Sonstige Krankheiten: _____

Bitte wenden->

