

Kinderanamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert und bitten Sie deshalb, folgende Fragen zu beantworten:

Vorname & Name:	Spitzname:	geb.:
Hobbis, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o.ä.:		
Straße:	☎ tagsüber:	abends:
PLZ/ Wohnort:	/	/
Erziehungsberechtigter:	Anschrift – nur wenn abweichend:	
Familienversichert bei:	gesetzlich <input type="radio"/> Zusatzversicherung <input type="radio"/>	privat <input type="radio"/>
Über wen: geb.:	freiwillig: <input type="radio"/>	Kostenerstattung über Chipkarte <input type="radio"/>
Kinderarzt/ Hausarzt:	☎	

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes : Ja Nein Anmerkung :
.....

Allergien : Ja Nein Allergiepaß ? :
Welche :

Hat / hatte Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen ?:

regelmäßige Medikamenteneinnahme : Ja Nein welche:

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung ? Ja Nein warum:

Einschränkung von: Sehkraft Gehör

Sonstige :

Gelbsucht Herzerkrankungen/ -fehler Lunge/ Asthma

Diabetes Nierenerkrankungen Krampfanfälle

ADHS / ADS Angstzustände Blutgerinnungsstörung

Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß Obst gemischt Fast food deftig

Isst wenig viel unkontrolliert

Lieblingssessen :

Fruchtsäfte Limonaden Mineralwasser Tee gesüßt ungesüßt

Zahnmedizinische Anamnese:

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten : Ja Nein

Welche? : Daumen/ Finger Schnuller Sonstiges:

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine : Ja Nein

Handzahnbürste el. Zahnbürste

Wie oft :

Kieferorthopädische Behandlung: Ja Nein Bei wem:

Bei Mädchen : hat Ihre Tochter ihre Periode Ja ab wannn Nein

Hat Ihr Kind Beschwerden ? : Ja Nein Welche :

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

.....

Welche Leistungen sind für Sie interessant, worüber möchten Sie informiert werden ?

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe

Kariesrisikotest

Ernährungsberatung Hochwertige Füllungen

Zusatzleistungen Zusatzversicherungen (bitte angeben, wenn bereits vorhanden)

Eigene Fragen/Wünsche :

Grund Ihres Besuches :

Erster Besuch beim Zahnarzt ? Ja Nein Hat Ihr Kind Angst ? Ja Nein

Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnern ? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?.....

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert !

Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigten: