

# 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

Lieblingessen : .....

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 wann ..... 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: .....*