

Liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten Sie bitten, den Anamnesebogen für Ihr Kind sorgfältig auszufüllen. Die Fragen und Angaben dienen der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Bitte ignorieren Sie die Fragen, die nicht dem Alter Ihres Kindes entsprechen. Vielen Dank!

### Patientendaten

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift des Kindes: \_\_\_\_\_ Tel (privat) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel (mobil) \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  privat versichert  zusatzversichert

Name der Versicherung(en): \_\_\_\_\_

Als Familienmitglied mitversichert bei: Mutter  Vater

Beruf (des Versicherten): \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Kindergartenkind: ja  nein  Schulkind: ja  nein

Sonstige Fremdbetreuung (z.B. Kindertagesstätte): \_\_\_\_\_

Was ist Ihnen für die Zähne Ihres Kindes wichtig?

Kurzfristig? \_\_\_\_\_

Langfristig? \_\_\_\_\_

Gibt es besondere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Nützliche Zusatzinformationen

Um einen Bezug zu Ihrem Kind herstellen zu können, sind Hintergrundinformationen oft hilfreich.

Lieblingsfarbe: \_\_\_\_\_

Lieblingsspielzeug: \_\_\_\_\_

Lieblingsessen: \_\_\_\_\_

### Lutschgewohnheiten

Daumen/Finger ja  nein  Schnuller ja  nein

### Flasche/Brust

Stillen / Milchflasche ja  nein  tagsüber  nachts

**Allgemeine Anamnese**

Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein
<b>Herz/Kreislaufkrankungen:</b>		
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

<b>Bluterkrankungen:</b>		
Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämophilie (Bluter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>		
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____		

<b>Allergien/Medikamentenunverträglichkeit:</b>		
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natriumbicarbonat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glycin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenallergie/-unverträglichkeit _____		
Sonstige Allergien? _____		
Hat Ihr Kind einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
<b>Infektionskrankheiten:</b>		
Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Atemwegs- erkrankungen / Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen, Syndrom, etc.:		

**Frühere Krankenhausaufenthalte**  
Wann ja, wann und weshalb?

**Ist Ihr Kind z. Zt. In ärztlicher (nicht zahnärztlicher) Behandlung?**

Ja, wegen: \_\_\_\_\_  
Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Zahnärztliche Anamnese**

**Erster Zahnarztbesuch mit \_\_\_\_\_ Jahren.**  
**Zahnarzerfahrung des Kindes**

- gut
- mittel
- schlecht
- keine Zahnarzerfahrung

**Mund-Kiefer – OP's/Unfälle?**

- Frontzahntrauma
- Operationen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich

Wann? Warum? \_\_\_\_\_  
Folgen: \_\_\_\_\_

**Kieferorthopädische Behandlung**

- Mutter
- Vater
- Geschwister
- Patient
- KFO geplant?

**Ernährungsgewohnheiten**

**Was isst Ihr Kind meistens zum Frühstück?**

- Brot
- Käse/Wurst
- Joghurt
- Müsli
- Obst
- Nutella
- Marmelade
- Honig
- Sonstiges

**Was trinkt Ihr Kind meistens zum Frühstück?**

- Wasser
- Milch
- Tee gesüßt
- Tee ungesüßt
- Kakao
- Saft/Schorle
- Limonade
- Sonstiges

**Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeiten?**

- Belegtes Brot
- Obst/Rohkost
- Kuchen
- Süßigkeiten
- Chips
- Sonstiges

**Was trinkt Ihr Kind im Verlauf des Tages?**

- Wasser
- Limonade
- Saft/Schorle
- Milch
- Kakao
- Tee gesüßt
- Tee ungesüßt
- Sonstiges

Ort, Datum

Ort, Datum

**Überlassen Sie Ihrem Kleinkind die Flasche zum Dauernuckeln?**

- tagsüber ja  nein
- nachts ja  nein

Inhalt: \_\_\_\_\_

**Was isst und trinkt Ihr Kind meistens zum Abendessen?**

\_\_\_\_\_

**Mundhygienegewohnheiten**

**Wie oft putzt sich Ihr Kind die Zähne**

- gar nicht  3-mal tägl.
- 1-mal tägl.  häufiger
- 2-mal tägl.  sonstige Intervalle: \_\_\_\_\_

**Wann werden die Zähne üblicherweise geputzt?**

- morgens  vor den Mahlzeiten
- mittags  nach den Mahlzeiten
- abends

**Wie lange werden die Zähne in der Regel geputzt?**

**Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt ...**

**... von wem?**

- vom Kind allein
- mit Hilfe der Eltern
- von den Eltern

**... mit was?**

- mit Handzahnbürste
- mit elektrischer Zahnbürste
- mit Kinderzahnpaste
- mit Erwachsenenzahnpaste
- ohne Zahnpasta

**Individuelle Fluoridanamnese**

- Fluoridiertes Speisesalz ja  nein
- Kinderzahnpaste ja  nein
- Erwachsenenzahnpaste ja  nein
- Fluoridtabletten ja  nein
- Seit wann? \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte