

ANAMNESEBOGEN

Kind Name _____ Vorname _____
geboren am _____ O weiblich O männlich

Erziehungsberechtigter O Mutter O Vater O beide

Kind ist versichert über O Mutter O Vater

Name der Krankenkasse _____ O beihilfeberechtigt O zusätzlich versichert
O freiwillig versichert

Beruf der Eltern Mutter _____ Vater _____

Mutter Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift _____

Telefon tagsüber erreichbar unter _____ mobil _____

Emailadresse _____

Vater Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift _____

Kind wohnhaft bei O Mutter O Vater O sonstiges _____

Kinderarzt Name/Ort _____

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Lernschwäche/AD(H)S	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Chronische Bronchitis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Autismus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Vitamin B12-Mangel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstige Krankheiten: _____

Nachgewiesene Allergien: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? O Nein O Ja: _____

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft bzw. bei der Geburt?

O Nein O Ja: _____

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? O Ja O Nein

Was ist der Grund des heutigen Besuchs? _____

Falls Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt wurde: Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?

O Kooperativ O Ängstlich, aber die Behandlung war möglich O Verweigerung O Erster Zahnarztbesuch

Name der vorherigen Zahnarztpraxis: _____

Lutscht Ihr Kind an Daumen oder hat es regelmäßig einen Schnuller?

O Daumen O Schnuller O Früher, bis zum Lebensjahr O Nein

Bitte wenden →

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Nein Ja, bei: _____

Trinkt oder hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken?

Ja Früher, bis zum Lebensmonat Nein

Wurde Ihr Kind gestillt?

Ja, immer noch Früher, bis zum Lebensmonat Nein

Bekommt Ihr Kind Fluoride?

Tabletten fluoridiertes Speisesalz Kinderzahnpaste Erwachsenenzahnpaste Elmex Gelee
 Gar nicht

Was trinkt Ihr Kind vorzugsweise im Tagesverlauf?

Wasser Aromatisiertes Wasser Saft Saftschorle Ungesüßter Tee Gesüßter Tee
 Eistee Limonade Cola Milch Kakao

Wieviele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag? Ungefähr am Tag

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?

Obst Gemüse Milchprodukte Brezen Müsliriegel Reiswaffeln
 Kekse Kuchen Chips/Salzstangen Belegtes Brot Milchschnitte, Knoppers, Balisto o.ä.

Besteht Interesse an:

individuellen Prophylaxemaßnahmen (Ernährungsberatung, Putzschule, Intensivprophylaxe...)? Ja
Behandlungsmöglichkeiten, die über das Niveau der gesetzlichen Kassenleistung hinausgehen? Ja
unserem kostenlosen Erinnerungsservice? Ja

Ihr Kind geht in: eine Krabbelgruppe oder Kindertagesstätte den Kindergarten die Schule

Einblicke in die Welt Ihres Kindes:

Lieblingsbuch/-film/-serie: _____ Hobbies: _____

Lieblingsfarbe: _____ Lieblingstier: _____

Lieblingskuscheltier (bitte mitbringen, wenn Ihr Kind das möchte!): _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte Geschwister Google/Website Zeitung Kindergarten/Schule

Überweisung von Arzt/Zahnarzt: _____

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Dokumentation und praxisinterner Qualitätssicherung Fotoaufnahmen angefertigt werden. Diese Bilder unterliegen ebenso wie die übrigen Behandlungsdaten der zahnärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

Ich versichere, jede relevante Veränderung meiner Angaben vor weiteren Behandlungen mitzuteilen.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben!

**Ihr Team der Kinderzahnarztpraxis
Dr. Cynthia von der Wense**