



Dr. Cynthia von der Wense  
Dr. Jean-Nicolas Fortier

## ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname | Kind

geboren am

Geschlecht

w

m

Erziehungsberechtigter

Mutter

Vater

beide

Kind ist versichert über Mutter

Vater

Name der Krankenkasse

beihilfeberechtigt

zusätzlich versichert

freiwillig versichert

Beruf der Eltern

Mutter

Vater

Name, Vorname, Geb.-Datum | Mutter

Anschrift

Name, Vorname, Geb.-Datum | Vater

Anschrift, wenn abweichend

Telefon tagsüber | mobil

E-Mail Adresse

Kind wohnhaft bei

Mutter

Vater

sonstiges

Kinderarzt Name/Ort

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma NEIN  JA

Chronische Bronchitis NEIN  JA

Herzerkrankungen NEIN  JA

Diabetes (Zuckerkrankheit) NEIN  JA

Autismus NEIN  JA

Lernschwäche/AD(H)S NEIN  JA

Blutgerinnungsstörungen NEIN  JA

Epilepsie (Krampfanfälle) NEIN  JA

Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis NEIN  JA

Vitamin B12-Mangel NEIN  JA

Sonstige Krankheiten:

Nachgewiesene Allergien:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

NEIN  JA

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

NEIN  JA

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?

NEIN  JA

Was ist der Grund des heutigen Besuchs?

Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes beim Zahnarzt?

Kooperativ

Verweigerung

Ängstlich, aber die Behandlung war möglich

Erster Zahnarztbesuch

Name der vorherigen Zahnarztpraxis:

**Lutscht Ihr Kind am Daumen oder hat es regelmäßig einen Schnuller?**

- Daumen       Schnuller       Früher, bis zum .....Lebensjahr       Nein

**Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?**

- Nein       Ja, bei .....

**Trinkt oder hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken?**

- Ja, immer noch       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     Nein

**Was trinkt Ihr Kind vorzugsweise im Tagesverlauf?**

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

**Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?**

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

**Ihr Kind besucht:**

- Krabbelgruppe oder Kindertagesstätte     Kindergarten     Schule

**Einblicke in die Welt Ihres Kindes:**

Lieblingsbuch/-film/-serie:

Hobbies:

Lieblingsfarbe:

Lieblingstier:

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

**Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen?**

**Besteht Interesse an:**

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

**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 Kinderzahnärzte Landsberg

