



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

Lernschwäche/AD(H)S

NEIN

JA

Chronische Bronchitis

NEIN

JA

Blutgerinnungsstörungen

NEIN

JA

Herzerkrankungen

NEIN

JA

Epilepsie (Krampfanfälle)

NEIN

JA

Diabetes (Zuckerkrankheit)

NEIN

JA

Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis

NEIN

JA

Autismus

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 zumLebensjahr Nein

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

- Nein Ja, bei

Trinkt oder hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken?

- Ja, immer noch Früher, bis zumLebensmonat Nein

Wurde Ihr Kind gestillt?

- Ja, immer noch Früher, bis zumLebensmonat 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

