

# Kinderanamnesebogen

Zahnarztpraxis  
Dr. Thomas Stachelhaus

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Da wir an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert sind, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten - selbstverständlich behandeln wir alle Auskünfte vertraulich!

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

Erziehungsberechtigte/r, Versicherte/r \_\_\_\_\_ Tel.privat : \_\_\_\_\_

Straße / Nr. : \_\_\_\_\_ PLZ / Ort : \_\_\_\_\_

Mobil : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Krankenkasse : \_\_\_\_\_ zusatzversichert ?  Ja  Nein

Wann war der letzte Zahnarztbesuch ? \_\_\_\_\_

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden ? \_\_\_\_\_

## Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes  Ja  Nein  Anmerkung \_\_\_\_\_

Allergien  Ja  Nein  Allergiepaß vorhanden:

Welche \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme  Ja  Nein  welche \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung  Ja  Nein  warum \_\_\_\_\_

Einschränkung von Sehkraft  o Gehör

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

Lieblingssessen \_\_\_\_\_

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  elektrische Zahnbürste  Wie oft \_\_\_\_\_

Kieferorthopädische Behandlung  Ja  Nein  Bei wem \_\_\_\_\_

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  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

**Die gesonderte „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und akzeptiert.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

( Erziehungsberechtigter )