



Kinder – Anamnesebogen

Liebe Eltern,

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Wir möchten Sie bitten, sich kurz etwas Zeit zu nehmen und diesen Anamnesebogen für Ihr Kind auszufüllen. Wir möchten Ihrem Kind eine bestmögliche Behandlung in angenehmer Atmosphäre bieten können.

Patient _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____
 Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon _____
 Privat _____ Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Mutter/Vater _____
 Mutter _____ Vater _____

**Versicherung/
 Krankenkasse** _____

Für Privat-Patienten: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein
- Haben Sie einen Basis/Standardtarif? Ja Nein
- Über wen ist Ihr Kind versichert? Vater Mutter Kind selbst

Ich möchte per SMS an Termine erinnert werden: Ja Nein

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

Name des Kinderarztes: _____

Sind bei Ihrem Kind folgenden Krankheiten/Symptome aufgetreten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankungen? Herzpass seit?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Asthma oder Lungenerkrankungen/Schwierigkeiten bei der Atmung?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lernschwäche, Sprachprobleme oder geistige Behinderung/Verzögerung?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Leber- oder Nierenerkrankung?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Spastik oder veränderter Muskeltonus?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hörprobleme/Taubheit oder Sehschwäche/Blindheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tumore oder bösartige Krankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Leidet Ihr Kind unter sonstigen Erkrankungen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hat Ihr Kind Allergien? Wie äußert sich das? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Besteht bei Ihrem Kind eine Nickelallergie?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein oder hat es in den letzten Wochen verschreibungspflichtige
Medikamente genommen? Wenn ja Welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Zahnmedizinische Anamnese (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Lutscht Ihr Kind am Daumen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag? _____ | | |

Ernährungsgewohnheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? Wie lange? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immer noch? <input type="checkbox"/> Morgens? <input type="checkbox"/> Abends? <input type="checkbox"/> Nachts? <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Isst Ihr Kind viel Süßes? Wie oft am Tag? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridpräparate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnpasta? <input type="checkbox"/> fluoridiertes Speisesalz? <input type="checkbox"/> Tabletten? <input type="checkbox"/> | | |

Anamnese Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | Mutter | | Vater | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein | Ja | Nein |
| 1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Neigen Sie zu: Zahnstein? <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten? <input type="checkbox"/> Karies? <input type="checkbox"/> | | | | |
| 3. Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Freunde/Bekannte Google Zeitung Kindergarten/Schule Überweisung Arzt/Zahnarzt

Besteht Interesse an unserem Recallsystem per E-Mail?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liebe Eltern, wir sind eine spezialisierte Kinderzahnarztpraxis. Die vereinbarten Termine werden speziell für Ihr Kind freigehalten. Wir bitten Sie daher im Verhinderungsfall so schnell wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Nicht eingehaltene Termine werden mit einer Ausfallpauschale in Rechnung gestellt.

Ich habe die oben aufgeführten Fragen nach meinem besten Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter