

Kinder-Anamnesebogen

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

versichert über:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Adresse:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Allgemeine Anamnese:

1. Warum kommt Ihr Kind heute zu uns? Routineuntersuchung Schmerzen

Sonstiges: _____

2. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Nein Ja

Wenn ja, wie verlief dieser Besuch? _____

3. Hat ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch? Nein Ja

Wenn ja, warum? _____

4. Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? Nein Ja

5. Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarzt? Nein Ja

Gesundheitsfragen:

1. Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung (Herz-Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, innere Organe, Gerinnungsstörungen, HIV, Hepatitis, geistige Behinderungen etc.)?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____

2. Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Nein

Ja

3. Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____

4. Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber bestimmten Stoffen?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? _____

5. Hatte Ihr Kind schon einmal einen Zahnunfall oder eine Zahnoperation?

Nein

Ja

Bitte beantworten Sie die Fragen im Interesse Ihres Kindes wahrheitsgemäß und teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes und des Versichertenstatus mit. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Datum, Unterschrift

Mundhygiene bei Kindern

1. Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| vom Kind allein | <input type="checkbox"/> | weniger als 1 mal täglich | <input type="checkbox"/> |
| mit Hilfe der Eltern | <input type="checkbox"/> | 1 mal täglich | <input type="checkbox"/> |
| von den Eltern | <input type="checkbox"/> | mehr als 1 mal täglich | <input type="checkbox"/> |

2. Womit werden die Zähne geputzt?

- | | | | |
|------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| von Hand | <input type="checkbox"/> | Zahncreme mit Fluorid | <input type="checkbox"/> |
| elektrisch | <input type="checkbox"/> | Zahncreme ohne Fluorid | <input type="checkbox"/> |

3. Nimmt Ihr Kind ansonsten Fluorid zu sich?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Fluoretten | <input type="checkbox"/> | Fluorid Gel | <input type="checkbox"/> | Mundspüllösung | <input type="checkbox"/> |
| fluoridiertes Speisesalz | <input type="checkbox"/> | | | | |

4. Nimmt Ihr Kind einen Nuckel? Nein Ja

5. Wird Ihr Kind nachts gestillt oder erhält Milch aus der Flasche? Nein **Ja**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!