

## ANAMNESEBOGEN KINDERZAHNHEILKUNDE

Zu- und Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Vers.Nr./geb: \_\_\_\_\_

Spitzname: \_\_\_\_\_ Lieblingsbeschäftigung: \_\_\_\_\_

Versicherter Zu- und Vorname und Titel: \_\_\_\_\_ Vers.Nr./geb: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r:  Vater  Mutter  andere

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Tel. Eltern: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse, wenn anders als oben: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Kinderarztes \_\_\_\_\_

### ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE:

Grund ihres Besuchs: \_\_\_\_\_

War Ihr Kind vorher schon in zahnärztlicher  
Behandlung?

- ja (wann?) \_\_\_\_\_  
 nein

Welche Einstellung ha Ihr Kind zum Zahnarzt?

- neutral  ängstlich  neg. Erlebnis

Lutscht Ihr Kind am Finger oder Schnuller bzw. hat  
dies getan?

- ja, bis \_\_\_\_\_  
 nein

Ist Ihr Kind bereits in Logopädischer Betreuung?

- ja, bei \_\_\_\_\_  
 nein

**Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund/Kieferbereich**

- ja  nein

### Mundhygiene:

Womit putzt ihr Kind?

- Handzahnbürste  
 Elektr.Zahnbürste  
 Zahnzwischenraumbürstchen / Zahnseide

Putzt ihr Kind schon alleine die Zähne?

- ja  nein

Putzen Sie noch nach?

- ja  nein

Benutzen Sie Zahnpasta

- mit Fluorid  ohne Fluorid

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?

- ja  nein

Bekommt/ Bekam Ihr Kind Fluoridtabletten?

- ja  nein

### Ernährung:

Mein Kind wird noch gestillt

- ja  nein

Es wurde bis zum Alter von \_\_\_\_\_ Monaten gestillt

Mein Kind trinkt aus

- der Flasche  dem Becher

Was trinkt ihr Kind?

\_\_\_\_\_

Wie viele Mahlzeiten bekommt ihr Kind?

- 2-3x  4-5x  öfter

Ernährungsweise:

- gemischte Kost  vegetarisch  vegan  
 glutenfrei  laktosefrei

Was isst Ihr Kind zwischendurch?

\_\_\_\_\_

**ALLGEMEINMEDIZINISCHE INFORMATIONEN:**

Leidet oder litt Ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen?

- Nein, es liegt keine Grunderkrankung vor
- Herzfehler, -erkrankung oder -geräusche
- Hoher Blutdruck
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz
- Schlaganfall
- sonstige Herz-Kreislaufkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen
- Blutarmut / Anämie
- Gerinnungshemmende Medikamente
- Thrombose
- sonstige Bluterkrankungen
- Lungenerkrankung /Asthma
- Diabetes / Zuckerkrankheit
- Epilepsie
- Glaukom
- Lebererkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Rheuma / rheumatisches Fieber
- Magen-Darm-Erkrankung
- Hörstörungen
- Spastik oder veränderter Muskeltonus
- geistige Verzögerung
- geistige Behinderung
- Lernschwäche
- ADHS
- Tumorerkrankung
- Sonstige Erkrankungen

---

Besonderheiten bei Schwangerschaft und Geburt

---

**Infektionskrankheiten:**

- Tuberkulose
- Hepatitis A / B / C
- AIDS / HIV
- sonstige Infektionskrankheiten

---

**Kinderkrankheiten:**

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Diphtherie

**Ist Ihr Kind geimpft?**

- ja
- nein

Wenn ja, welche

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Diphtherie
- Tetanus

**Bestehen Allergien?**

- Zahnärztliche Materialien
- Penicillin
- Lokalanästhetika
- Latexallergie
- Sonstige

welche? \_\_\_\_\_

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**

- ja \_\_\_\_\_
- nein

**Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?**

- ja \_\_\_\_\_
- nein

**Hatte Ihr Kind schwere Unfälle?**

- ja
- nein

**Hatte Ihr Kind schon einmal einen Spitalsaufenthalt?**

- ja
- nein

**Atmet Ihr Kind normalerweise**

- durch die Nase
- durch den Mund
- erschwerte Nasenatmung
- schnarcht nachts

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich jede Änderung der persönlichen oder medizinischen Daten meines Kindes sobald als möglich bekannt geben muss, um eine bestmögliche Behandlung und Versorgung gewährleisten zu können.

Datum

Unterschrift gesetzliche/r VertreterIn