

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:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Es liegt keine Grunderkrankung vor
- Herzfehler, -erkrankung oder -geräusche
- Hoher Blutdruck
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz
- Schlaganfall
- sonstige Herz-Kreislaufkrankungen
- Blutgerinnungsstörungen
- Blutarmut / Anämie
- benötigt gerinnungshemmende Medikamente
- Thromboseeigung
- sonstige Bluterkrankungen
- Lungenerkrankung /Asthma
- Diabetes / Zuckerkrankheit
- Epilepsie
- Glaukom
- Lebererkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Rheuma / rheumatisches Fieber
- Magen-Darm-Erkrankung
- Hörstörungen
- Spastik oder veränderter Muskeltonus
- Lernschwäche
- ADHS
- Tumorerkrankung
- Sonstiges:

Besondere Bedürfnisse:

Besonderheiten bei Schwangerschaft und Geburt

Infektionskrankheiten:

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

Kinderkrankheiten:

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Diphtherie

Ist Ihr Kind gelimpft?

- 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