

Kinder-Anamnesebogen

Liebe Eltern,
damit Ihr Kind eine möglichst angenehme Zahnbehandlung in unserer Praxis erfährt, benötigen wir für unsere Vorbereitung einige Informationen. Gerne möchten wir uns auf Ihr Kind einstellen und bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und dienen nur der ärztlichen Behandlung in unserer Praxis.

Name (Kind) _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Postleitzahl _____ Ort _____
Straße/Nr. _____ Telefon _____

Über welche Person ist das Kind versichert?

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Postleitzahl _____ Ort _____
Straße/Nr. _____ Telefon _____
Mobil-Telefon _____ E-Mail-Adresse _____
Beruf _____ Arbeitgeber _____

Gesetzliche Krankenkasse _____ zusatzversichert
 Private Krankenkasse _____ vollversichert Standardtarif (1,7fach)
 Anspruch auf Beihilfe

Ihr Kind geht in den Kindergarten die Schule
 eine andere Einrichtung, nämlich: _____

Lieblings-Beschäftigung Ihres Kindes _____

Lieblings-Essen Ihres Kindes _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt? nein ja

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind speziell beim Zahnarzt am meisten Angst? _____

Hat Ihr Kind schlechte Erfahrung beim Zahnarzt durch:

Schmerz Festhalten Spritze Falsche Versprechungen Andere Vorkommnisse

Wenn ja, welche? _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Rheuma/rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> geistige Verzögerung | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? nein ja
 Herzoperationen angeborener oder erworbener Herzfehler Sonstiges? _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? nein ja
Wenn ja, worauf? _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund? nein ja

Zahnpflege

- Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern von den Eltern
- Wann werden die Zähne geputzt? vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen
 sofort nach dem Abendessen vor dem Zu-Bett-Gehen
- Womit werden die Zähne gereinigt? Handzahnbürste elektr. Zahnbürste Munddusche
 Zahnseide Zahnhölzchen Zahn-Zwischenraum-Bürsten

Fluoridzufuhr

- Werden oder wurden D-Fluorettten gegeben? nein ja
- Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet? nein ja
- Wird zu Hause fluoridiertes Speisesalz genutzt? nein ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Internetseiten unter **www.zahn-hl.de**? nein ja

Datum _____ Unterschrift _____