

Kinderanamnese

Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder! Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir als familienfreundliche Praxis freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen möchten. Um die Behandlung optimal auf Ihr Kind abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie dazu Fragen haben, beantworten wir Ihnen diese gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Persönliches

Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum	
_____ _____ _____		_____ _____	
Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	
_____ _____	_____ _____	_____ _____	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail Adresse	
_____ _____	_____ _____	_____ _____	
Familienversichert bei (versicherter Elternteil)	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter	

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Kinderarzt
_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

	JA	NEIN
Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, warum? _____		
Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung? (Herz-Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, Gerinnungsstörung, AIDS, Hepatitis, geistige/körperliche Behinderung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Leidet Ihr Kind an einer Erkrankung des Nervensystems? (Krampfleiden, epileptische Anfälle, sonstiges)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Hat Ihr Kind Allergien o. Überempfindlichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Hat Ihr Kind schon eine Narkose bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, für welche OP? _____		
Sind in der Familie Nichtanlagen (Zähne) vorhanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

JA **NEIN**

Zahnmedizinische Gesundheitsfragen

- Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-/ Kieferbereich? JA NEIN
- Hatte Ihr Kind jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen o. Medikamente? JA NEIN
- Sind bei Ihrem Kind schon einmal Röntgenaufnahmen gemacht worden? JA NEIN

Mundhygiene

- War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt? JA NEIN

Wenn ja, bei wem?

- | | | |
|---|--|--|
| Wie oft werden die Zähne geputzt? | <input type="radio"/> 1 x am Tag | <input type="radio"/> 2-3 x am Tag |
| Putzt Ihr Kind selbstständig die Zähne? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> mit meiner/ unserer Hilfe |
| Womit werden die Zähne geputzt? | <input type="radio"/> per Hand (manuell) | <input type="radio"/> per elektrischer Zahnbürste |
| Welche Fluoridpräparate bekommt Ihr Kind? | <input type="radio"/> Fluoretten <input type="radio"/> Fluoridsalz | <input type="radio"/> Fluoridgel <input type="radio"/> Zahnpasta |
| Konsumiert Ihr Kind viele Süßigkeiten gesüßte Getränke? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Knirscht Ihr Kind? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Besteht eine Lutsch-Gewohnheit? | <input type="radio"/> Schnuller <input type="radio"/> Daumen | <input type="radio"/> Tuch <input type="radio"/> Stift |

Gibt es noch etwas, was Sie uns über Ihr Kind mitteilen möchten?

Liebe Eltern, um Ihnen und Ihrem Kind lange Wartezeiten zu ersparen, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Das heißt, dass wir die vereinbarte Behandlungszeit nur für Sie reservieren. Wir bitten Sie daher herzlich, Ihren Termin mindestens einen Arbeitstag vorher abzusagen, wenn Sie diesen nicht einhalten können.

Mit meiner Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter) bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben. Unterschreibt nur ein Elternteil, erklärt dieses mit seiner Unterschrift, in Übereinstimmung mit dem anderen Elternteil zu handeln.

Fürth, den _____ Unterschrift _____