

## 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
Leidet Ihr Kind unter Tinnitus (Ohrensausen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leidet Ihr Kind unter CMD (Cranio-mandibuläre Dysfunktion) / Funktionsstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Zahnmedizinische Gesundheitsfragen

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-/ Kieferbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatte Ihr Kind jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen o. Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind bei Ihrem Kind schon einmal Röntgenaufnahmen gemacht worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Mundhygiene

War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

#### 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/unsere(r) 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 \_\_\_\_\_