

Anamnesebogen für Kinder



Persönliche Angaben

Kontaktdaten des Kindes

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____ Geb. Ort: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Tel. Privat: _____ mobil: _____

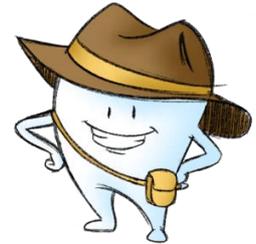
Ihr Kind ist versichert über Mutter Vater beide
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung Ja Nein

Kontaktdaten des Hautversicherten Elternteiles

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Tel. Privat: _____ mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherung des Kindes

Gesetzlich versichert Basistarif beihilfeberechtigt
 Privat versichert



Allgemeine Gesundheitsfragen

Trifft eine der Nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma Probleme beim Sprechen, Hör- und Sehprobleme
 Nierenerkrankung Nachgewiesene Allergien > Welche bzw. auf was? _____
 Diabetes Erhöhter oder zu niedriger Blutdruck
 Herzerkrankung Epilepsie
 Blutgerinnungsstörung Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis, HIV
Sonstige Erkrankungen: _____

Hatte Ihr Kind jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? _____

Wurden von Ihrem Kind bereit Röntgenbilder der Zähne und/oder des Kopfes angefertigt? Ja Nein

Wann oder von wem wurden diese Aufnahmen gemacht? _____

Zahnmedizinische Gesundheitsfragen

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Ja Nein wann: _____
Ist Ihr Kind in Kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein bei wem: _____
Gab es schon mal Zahnunfälle? Ja Nein

Welche Einstellung hat ihr Kind gegenüber dem Zahnarztbesuch? Positiv neutral ängstlich

Hat Ihr Kind bei vorherigen Zahnarztbesuchen schlechte Erfahrungen gemacht? Ja Nein

Gab es bei dem vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, was Sie oder Ihr Kind gestört hat? Ja Nein

Was? _____

-Bitte wenden-



Zahnputztechnik

- Die Zähne werden geputzt: vom Kind selbst mit Hilfe der Eltern von den Eltern
- Wann werden sie geputzt? vor dem Frühstück nach dem Frühstück nach dem Mittagessen
 nach dem Abendessen vor dem Schlafengehen
- Womit werden Sie geputzt? Handzahnbürste Elektr. Zahnbürste
 Zahnseide Zahnzwischenraumbürste
- Mit welcher Zahnpasta? Kinderzahnpasta ohne Fluorid Kinderzahnpasta mit Fluorid
 Juniorzahnpasta Erwachsenenzahnpasta



Fluoridzufuhr

- Werden oder wurden D- Fluoretten gegeben Ja Nein
- Wird Fluoridgelee z.B. Elmex-Gelee angewendet Ja Nein
- Wird fluoridiertes Speisesalz genutzt Ja Nein

Angewohnheiten

- Schnullert ihr Kind/lutscht am Daumen nein tags, wenn es müde ist häufig zur Beruhigung,
 immer zum Einschlafen
- Schulltert es/lutscht es nachts am Daumen Ja Nein
- Können sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen. Ja Nein
- Atmen ihr Kind dauerhaft durch den Mund Ja Nein

Ernährungsgewohnheiten

- Wird/wurde ihr Kind gestillt Ja Nein
- Geben/gaben Sie ihrem Kind aus der Flasche zu trinken tagsüber zum Einschlafen

Was trinkt ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf (bitte das passende unterstreichen)

Leitungswasser, Mineralwasser, ungesüßten Tee, gesüßten Tee, Fruchtsaftchorle, Fruchtsaft, Sportgetränk, Instanttee, Milch, Limonade, Eistee, Kakao, Cola, sonstige _____

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst ihr Kind am Tag ungefähr: _____

Was isst ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit (bitte das passende unterstreichen)

Obst, Gemüse, Kaugummi, Joghurt, belegtes Brot, Brezel, Eiswaffeln, Müsli Riegel, Kekse, Kuchen, Chips, Salzstangen, Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Knoppers usw.) sonstige: _____

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Datum, Ort _____ Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____



Hier noch ein Hinweis

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung 2x jährlich (alle 6 Monate) für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und regelmäßige individuelle Prophylaxe (Kinder- Zahnreinigung) vom 6. - 17. Lebensjahr