

Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Liebe Eltern,
bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur Anamnese
Ihres Kindes möglichst genau! Sämtliche Angaben unter-
liegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Änderungen
bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen.
Danke!

Patient/in Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Versicherter Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____

Kinderarzt Name _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____

Erziehungsberechtigte: Vater Mutter
 Sonstige: _____
Überwiesen von: Hauszahnarzt Kinderarzt
 selbst ausgesucht Sonstige: _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches:

Wie verliefen bisherige zahnärztliche Untersuchungen?

Gibt es »Schlüsselreize« für Ihr Kind im Zusammenhang mit der
Zahnbehandlung (z.B. gezielte Angst vor Spritzen), oder liegen
Besonderheiten (z.B. Würgereize) vor?

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? Ja Nein

Wenn ja, weswegen?

War bzw. ist Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung?

Ja Nein

War bzw. ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Kieferorthopäden?

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Lutschgewohnheiten: Ja Nein

Wenn ja, womit?

Gab es Besonderheiten bei der Geburt?

Frühgeburt Kaiserschnitt Zangengeburt

Sonstige: _____

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Wenn ja, wie lange?

Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken?

Ja Nein Bis zu welchem Alter? _____

Wann? morgens mittags

abends nachts

Was war bzw. ist in der Flasche?



Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

Wichtige Information:

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder der Behandler noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. **Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 24 h vorher) abzusagen.** Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Trifft eine der folgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- Bluterkrankung: _____
- Herzerkrankung: _____
- ADS/ADHS: _____
- Asthma: _____
- Sehstörung: _____
- Lernbehinderung: _____
- Infektion: _____
- Hörstörung: _____
- Geistige Behinderung: _____
- Anfallsleiden: _____
- Diabetes: _____
- Essstörung: _____
- Allergie: _____
- Allgemeinerkrankung: _____
- Sonstige: _____

Was isst Ihr Kind zum Frühstück?

- Brot Butter Süße Brotaufstriche (z.B. Nutella)
- Käse, Wurst Müsli Cornflakes
- Sonstiges: _____

Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

- Milch Kakao Fruchtsäfte/Schorlen/Smoothies
- Tee, Kaffee gesüßt ungesüßt
- Sonstiges: _____

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

- Milch Mineralwasser Fruchtsäfte/Schorlen/Smoothies
- Tee gesüßt ungesüßt
- Cola/Limonade/Sprite
- Sonstiges: _____

Was isst Ihr Kind zum Mittagessen? (kurze Stichpunkte)

Was isst Ihr Kind zum Abendessen? (kurze Stichpunkte)

Was isst Ihr Kind zwischen den Mahlzeiten? (kurze Stichpunkte)

Wie oft isst Ihr Kind Süßigkeiten?

- selten 1 x pro Tag mehrmals täglich

Liegen geregelte Essenszeiten vor? Ja Nein

Die Zähne werden geputzt:

- vom Kind mit Hilfe der Eltern von den Eltern
- 1 x pro Tag mehrmals täglich

Womit werden die Zähne geputzt?

- Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste
- Zahnseide Sonstige: _____

Name der Zahnpaste: _____

- mit Fluorid ohne Fluorid

Fluoride:

- Fluoridtabletten Fluoridgel, z.B. Elmex Gelee
- Fluoridierung beim Zahnarzt Fluoridiertes Speisesalz
- Sonstiges: _____

Unterschrift der Eltern

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt es mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass es im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.