

Kinderanamnesebogen

Liebe Eltern, für eine optimale Versorgung Ihres Kindes benötigen wir einige Informationen.
Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen zu lesen & auszufüllen oder anzukreuzen.

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren? _____

Wünschen Sie eine Erinnerung
zur nächsten Kontrolluntersuchung (Recall)?

☐ Ja

☐ Nein

Hat Ihr Kind eine Zahnzusatzversicherung?

☐ Ja

☐ Nein

Persönliche Angaben:

Kind:

Vorname

Name

Geburtsdatum + Geburtsort

Mutter:

Vorname

Name

Geburtsdatum

Vater:

Vorname

Name

Geburtsdatum

Beruf der Eltern:

Mutter

Vater

Anschrift des Kindes:

Straße/Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon

E-Mail

Das Kind ist mitversichert bei:

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Opa

☐ Oma

Hat das Kind Geschwister:

ja/nein

Wie viele?

älter/jünger

Fragen zur Allgemeingesundheit:

Hat Ihr Kind:

Tetanusschutz & alle anderen Impfungen erhalten?

☐ Ja

☐ Nein

Asthma oder Lungenerkrankungen?

☐ Ja

☐ Nein

Infektionskrankheiten z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose?

☐ Ja

☐ Nein

Welche?

Herzfehler oder Herzerkrankungen?

☐ Ja

☐ Nein

Blutkrankheiten oder Blutungsneigung?

☐ Ja

☐ Nein

Leber- oder Nierenerkrankungen?

☐ Ja

☐ Nein


Wir möchten Sie bitten, Termine die Sie nicht wahrnehmen können,
24 Stunden vorher abzusagen. Falls dies nicht erfolgt, sehen wir uns
gezwungen Ihnen diese privat in Rechnung zu stellen.

Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?

☐ Ja☐ Nein

Allergien?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja, welche?

Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?

☐ Ja☐ Nein

Lernschwäche oder Sprachprobleme?

☐ Ja☐ Nein

Hörprobleme oder Taubheit?

☐ Ja☐ Nein

Sehschwäche oder Blindheit?

☐ Ja☐ Nein

Liegen sonstige angeborene Krankheiten vor?

Lag Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja, welche?

Zahnärztliche Anamnese:

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

☐ Ja☐ Nein

Hat/Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

☐ Ja☐ Nein

Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?

☐ Ja☐ Nein**Fragen zu Fluoridnutzung & Ernährungsgewohnheiten:**

Wurde Ihr Kind gestillt?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja, von wann _____ bis _____?

Benutzt Ihr Kind einen Schnuller oder den Daumen zum Lutschen?

☐ Ja☐ Nein

Hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja, von wann _____ bis _____?

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?

☐ Ja☐ Nein

Hat Ihr Kind jemals Fluoridtabletten eingenommen?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja, von wann _____ bis _____?

Putzt sich Ihr Kind mit fluoridierter Zahncreme die Zähne?

☐ Ja☐ Nein

Wie oft putzt sich Ihr Kind die Zähne?

Putzt sich Ihr Kind alleine die Zähne oder putzen Sie nach?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ort, Datum

 Unterschrift
 (Erziehungsberechtigter)
