

Kinder Anamnesebogen

Bitte vollständig ausfüllen!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Da wir uns optimal auf Ihr Kind einstellen möchten, bitten wir Sie deshalb, diesen Fragebogen **sorgfältig auszufüllen**. Er wird der Karteikarte Ihres Kindes beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Angaben Kind

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Angaben Erziehungsberechtigte

Vater Mutter Sonstige

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon privat

E-Mail

Überweisung durch

Hausarzt Kinderarzt Sonstiges

Zahnärztliche Anamnese

Grund des heutigen Zahnarztbesuches?

Besteht eine Zahnarztangst?

Bisheriger Zahnarzt (wenn vorhanden)?

Wie verlief die bisherige zahnärztliche Behandlung?

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich?

Kinderarzt (Nachname, Vorname, Anschrift)

Hat oder hatte Ihr Kind eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Erkrankung

Bitte ankreuzen

Zusatzinformationen

Spastik

Ja Nein

Nierenerkrankung

Ja Nein

Lungenerkrankung

Ja Nein

Rheumatisches Fieber

Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankung

Ja Nein

Geistige Verzögerung

Ja Nein

Lernbehinderung

Ja Nein

Zuckererkrankung (Diabetes)

Ja Nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung

Ja Nein

Tuberkulose

Ja Nein

Lebererkrankung/Hepatitis

Ja Nein

Nervenerkrankung

Ja Nein

Immunschwäche

Ja Nein

Geistige Behinderung

Ja Nein

Asthma

Ja Nein

Weitere Gesundheitsfragen

Fragen

Bitte ankreuzen

Zusatzinformationen

Hat Ihr Kind einen angeborenen/erworbenen Herzfehler?

Ja Nein

Hatte Ihr Kind jemals eine Herzoperation?

Ja Nein

Hat Ihr Kind irgendwelche Allergien?

Ja Nein

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?

Ja Nein

Hatte Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten?

Ja Nein

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?

Ja Nein

Weitere hier nicht aufgeführte Erkrankungen:

Ja Nein

Atmet Ihr Kind durch den Mund?

Ja Nein

Lutscht oder lutschte Ihr Kind am Daumen/Schnuller?

Ja Nein

Verlief die Schwangerschaft normal?

Ja Nein

Gewicht des Kindes bei der Geburt:

Möchten Sie, dass Ihr Kind an unserem Recall teilnimmt?

Ja Nein

(automatische Erinnerung an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung)

Anamnese der Eltern

Sind Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Vater Neigen Sie zu:

Mutter Neigen Sie zu:

Allergien Vater

Karies

Karies

Zahnstein

Zahnstein

Zahnfleischbluten

Zahnfleischbluten

Zahnarztangst

Zahnarztangst

Allergien Mutter

X

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter