

**Anamnesebogen Kinder ( 0-10 Jahre)**

**Liebe Eltern,**

Wir freuen uns, dass Sie uns die Zahngesundheit Ihres Kindes anvertrauen. Dieser Antwortbogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und schicken Sie ihn uns ( wenn möglich ) schon **vor** der Behandlung zu, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**Kind**

Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Mutter**

**Vater**

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Über welche Person ist das Kind versichert?

Mutter  Vater

**Anschrift:(nur falls abweichend)**

Straße,Hausnr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_

- gesetzlich versichert  Zusatzversicherung  privat versichert
- beihilfeberechtigt  Basistarif

**Kinderarzt (Name/Anschrift):** \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie uns ein paar Einblicke in die Welt Ihres Kindes:**

Ihr Kind geht:  in den Kindergarten  
 in die Schule  
 in eine andere Einrichtung, nämlich \_\_\_\_\_  
 ( Bitte ankreuzen)

Wird Zahnseide verwendet?  Ja  Nein

Werden oder wurden Flouridtabletten eingenommen  Ja  Nein

Verwendet Ihr Kind Flouridgel (z.B. Elmex Gelee)  Ja  Nein

Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? \_\_\_\_\_

Wie häufig werden Zwischenmahlzeiten gegessen? \_\_\_\_\_

### Medizinische Anamnese

Leidet oder litt Ihr Kind an folgenden Erkrankungen?

Dann bitte deutlich „ja“ ankreuzen! (Zutreffendes ggf. unterstreichen)

Allergien  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Herz-,Kreislaufkrankungen  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Erkrankungen der blutbildenden Organe  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

TBC  Immunmangel-Syndrom (AIDS)

Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C

ADHS  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen  Nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_ Schwester(n) Alter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bru(e)der Alter: \_\_\_\_\_

Lieblingsbeschäftigung/Hobby: \_\_\_\_\_

Lieblingsspielzeug: \_\_\_\_\_

Lieblingstier: \_\_\_\_\_

Lieblingsessen/Getränk: \_\_\_\_\_

Lieblingsbuch: \_\_\_\_\_

Lieblingofilm/-serie: \_\_\_\_\_

Lieblingkuscheltier: \_\_\_\_\_ Darf gerne mitgebracht werden!

Bester Freund/ in: \_\_\_\_\_

Was sollten wir über Ihr Kind wissen? \_\_\_\_\_

### Zahnmedizinische Anamnese

Wurde Ihr Kind schon einmal zahnärztlich behandelt?  Ja  Nein

Bei wem? \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes bei der zahnärztlichen Behandlung?

kooperativ       Ängstlich, aber die Behandlung ist möglich       Verweigerung

Gibt es Besonderheiten für Ihr Kind im Zusammenhang mit der

Zahnbehandlung ( z.B. Spritzenangst, Würgereiz)?       Ja       Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Lutscht Ihr Kind am Daumen oder Schnuller oder hat es früher gelutscht?

Ja bis zum \_\_\_ Lebensjahr       Nein

Hat Ihr Kind bereits sichtbare Karies („ Löcher“)?       Ja       Nein

Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarztbesuch?       Ja       Nein

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung:       Ja       Nein

Was ist der Grund Ihres heutigen Besuchs? \_\_\_\_\_

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? \_\_\_\_\_

Wie putzt Ihr Kind die Zähne?  Alleine       mit der Hilfe der Eltern       nur die Eltern

Welche Zahnbürste wird verwendet?       Handzahnbürste       elektrische Zahnbürste

Welche Zahnpasta wird verwendet? \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_ Schwester(n)      Alter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bru(e)der      Alter: \_\_\_\_\_

Lieblingsbeschäftigung/Hobby: \_\_\_\_\_

Lieblingsspielzeug: \_\_\_\_\_

Lieblingstier: \_\_\_\_\_

Lieblingsessen/Getränk: \_\_\_\_\_

Lieblingsbuch: \_\_\_\_\_

Lieblingofilm/-serie: \_\_\_\_\_

Lieblingkuscheltier: \_\_\_\_\_ Darf gerne mitgebracht werden!

Bester Freund/ in: \_\_\_\_\_

Was sollten wir über Ihr Kind wissen? \_\_\_\_\_

#### Hinweis

Die Zahnarztpraxis Zahnkultur Edeweicht ist eine organisierte Bestellpraxis., d.h. wir vergeben Termine, um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen. Wir bitten darum, alle Termine pünktlich einzuhalten oder bei Verhinderung rechtzeitig (d.h. spätestens 24 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns uns Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Viele Dank.