

# Anamnese für Kinder

(Bitte vollständig ausfüllen)

## Liebe Kinder, liebe Eltern!

Vielen Dank, dass ihr uns eure Zähne anvertraut.

Wir freuen uns sehr, euch bei uns begrüßen zu dürfen. Bevor wir uns mit euch über eure zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben euren Personalien auch Angaben über euren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine gute und risikoarme Behandlung. Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit euch. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen helfen wir euch gerne weiter.



## 1 | Persönliche Angaben

### Kontaktdaten des Kindes

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)      \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum      \_\_\_\_\_  
Geburtsort       M    W    D  
Geschlecht

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer      \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)      \_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)

Erziehungsberechtigter       Mutter    Vater    beide

Kind ist versichert über       Mutter    Vater

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Ihr Kind?       Mutter    Vater



### Kontaktdaten des Hauptversicherten (Elternteil)

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname (Patient)      \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum       M    W    D  
Geschlecht

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer      \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)      \_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)      \_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf      \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber      \_\_\_\_\_  
Telefon Arbeitgeber

# Anamnese für Kinder

(Bitte vollständig ausfüllen)

## Versicherung des Kindes

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Bei welcher Zusatzversicherung?

Basistarif

ja  nein  
Beihilfeberechtigt?

## 2 | Ernährungsgewohnheiten

Haben Sie ihr Kind gestillt?

ja  nein Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

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

ja  nein

Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten?

ja  nein

### Benutzt Ihr Kind

Fluoridhaltige Zahnpasta  ja  nein

Fluoridhaltiges Speisesalz  ja  nein

Fluoridtabletten  ja  nein



Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

## 3 | An die Eltern

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?

ja  nein Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie selbst Angst vor dem Zahnarztbesuch?

ja  nein

### Ihr Kind ist uns wichtig

Was sollen wir bei der Behandlung Ihres Kindes besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen  Starke Schmerzempfindlichkeit  Starker Würgereiz

Sonstiges

# Anamnese für Kinder

(Bitte vollständig ausfüllen)



## 4 | Allgemeine Gesundheitsfragen

Name des Hausarztes / Kinderarztes \_\_\_\_\_

Kontaktdaten \_\_\_\_\_

### Hat ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Herzpass seit: _____   |
| Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Erkrankungen der Leber oder Niere                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Infektionskrankheiten, z.B. Hepatitis, TBC, HIV            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Welche? _____  |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) oder Stoffwechselkrankheiten    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Blutgerinnungsstörungen oder andere Blutkrankheiten        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Epilepsie (Krampfanfälle)                                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Probleme beim Sprechen, Hör- und Sehprobleme (Taubheit)    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Nachgewiesene Allergien                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Welche? _____<br>Allergiepass seit: _____                            |
| Lernschwäche / AD(H)S                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Erhöhter oder zu niedriger Blutdruck                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zu hoch <input type="checkbox"/> zu niedrig |
| Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Welche? _____  |
| Sonstige Krankheiten?                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Welche? _____  |



Wurden bei Ihrem Kind bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt?  ja  nein

Wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt? \_\_\_\_\_

## 5 | Zahnmedizinische Gesundheitsfragen

- |   |   |             |
|---|---|-------------|
| War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wann? _____ |
| Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall, bei dem Mund oder Gesicht verletzt wurden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |             |

# Anamnese für Kinder

(Bitte vollständig ausfüllen)

## 5 | Zahnmedizinische Gesundheitsfragen

Schnullert Ihr Kind oder lutscht am Daumen?

ja  nein

Schnuller  Daumen

Hat Ihr Kind aktuell Zahnschmerzen?

ja  nein

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarztbesuch?

positiv  neutral  ängstlich  erster Besuch

Ist Ihr Kind zur Zeit in kieferorthopädischer Behandlung?  nein  ja, bei \_\_\_\_\_

Gab es bei den vorherigen Zahnarztbesuchen etwas, was Sie oder Ihr Kind gestört hat?  ja  nein

Wenn ja, was war es?

Hat Ihr Kind bei vorherigen Zahnarztbesuchen schlechte Erfahrungen gemacht?  ja  nein

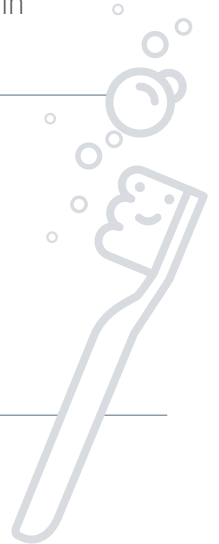
Wenn ja, welche?

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  Telefonbuch  Kindergarten / Kita / Schule

Empfohlen durch ...

Sonstiges



### Wichtige Informationen:

#### Terminvereinbarungen

Um Wartezeiten vorzubeugen sind Termine exklusiv für unsere kleinen Patienten eingeplant. Solltet ihr einen Termin nicht oder nicht rechtzeitig wahrnehmen können, informiert uns bitte sofern möglich **mindestens 24 Stunden** vorher. Andernfalls sind wir berechtigt die vorgesehene Behandlung in Rechnung zu stellen.

#### Krankenversichertenkarte

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei **jedem Besuch** in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. **Erklärung**

Ich habe diesen Fragebogen zusammen mit meinem Kind mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben meines Kindes. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter