



Anamnesebogen für Kinderpatienten

Patient
NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

Versicherter
NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

Anschrift
STRASSE _____ WOHNORT _____ PLZ _____

Telefon _____

Versicherung _____

Erziehungsberechtigte _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

Besteht eine Zahnarztangst? _____

Wie verlief eventuelle bisherige Zahnarztbehandlung? _____

Kinderarzt: _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? _____

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

Hat Ihr Kind schon einmal eine Betäubungsspritze bekommen? _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Asthma | ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Tuberkulose | ☐ Immunschwäche (AIDS) |
| ☐ Zuckerkrankheit | ☐ Nierenerkrankung | ☐ Lebererkrankungen/Gelbsucht | ☐ Geistige Verzögerung |
| ☐ Anfalls leiden (z.B. Epilepsie) | ☐ Lungenerkrankung | ☐ Rheuma/rheumatisches Fieber | ☐ Geistige Behinderung |
| ☐ Hörstörungen | ☐ Erkrankungen des Blutes | ☐ Nervenerkrankung | ☐ Lernbehinderung |
| ☐ Spastik | ☐ ADHS | ☐ Magen-Darm-Erkrankung | |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?

Angeborene oder erworbene Herzfehler? _____

Herzoperationen? _____

Sonstiges: _____

Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, gegen was? _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche? _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund?

☐ Ja ☐ Nein

Anamnese der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche? _____

MUTTER _____ VATER _____

Liebe Eltern, wir sind eine spezialisierte Kinderzahnarztpraxis. Die vereinbarten Termine werden speziell für Ihr Kind freigehalten. Während dieser Zeit wird kein anderer Patient behandelt. Für die Behandlung Ihres Kindes nehmen wir uns ausreichend viel Zeit. Wir bitten Sie daher im Verhinderungsfall so schnell wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen. Wir weisen darauf, dass bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage (24h vorher), ein Ausfallhonorar in Höhe von 100,- € geltend gemacht wird, falls dieser Termin nicht anderweitig vergeben werden kann (nach §615 BGB).

Im Falle des nicht selbst verschuldeten Nichterscheinens entfällt das Ausfallhonorar bei entsprechendem Nachweis.

Mainz, den _____ Name des Erziehungsberechtigten _____ Unterschrift _____



Ernährungsanamnese

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie oft? ☐ Selten ☐ 1 x pro Tag ☐ Nein

Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück? Tee gesüßt? ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Tee ungesüßt? ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Milch? ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Kakao? ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Fruchtsaft? ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Wasser? ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Was isst Ihr Kind zum Frühstück? Marmeladen-/Nutella-Brot ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Käse-/Wurst-Brot ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Müsli ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Cornflakes ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Was isst Ihr Kind in der Schulpause? Belegte Bröte ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Obst/Gemüse ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Süßigkeiten ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Was isst Ihr Kind zum Mittagessen?

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf? Mineralwasser/Wasser ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Limonade ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Tee gesüßt ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Tee ungesüßt ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Milch ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Kakao ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Saft ☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nein

Was isst Ihr Kind im Tagesverlauf?

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____ Jahre

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? _____ Jahre

Mundhygiene-Anamnese

Wer putzt die Zähne? ☐ Kind selbst ☐ Kind mit Eltern ☐ Nur Eltern

Wann werden die Zähne geputzt? Vor dem Frühstück ☐ Ja ☐ Nein

Nach dem Frühstück ☐ Ja ☐ Nein

Nach dem Mittagessen ☐ Ja ☐ Nein

Sofort nach dem Abendessen ☐ Ja ☐ Nein

Kurz vor dem zu Bett gehen ☐ Ja ☐ Nein

Womit werden die Zähne gereinigt? Zahnbürste ☐ Hand-Zahnbürste ☐ Elektr. Zahnbürste

Zahnseide ☐ Ja ☐ Nein

Munddusche ☐ Ja ☐ Nein

Welche Zahnpasta benutzt Ihr Kind?

Name der Zahnpasta _____

Enthält die Pasta Fluorid? ☐ Ja ☐ Nein

Erhält Ihr Kind Fluorid und wenn ja, in welcher Form?

Fluorid-Tabletten ☐ Ja ☐ Nein

Fluorid-Gel ☐ Ja ☐ Nein

Fluoridiertes Speisesalz ☐ Ja ☐ Nein

Fluoridierung beim Zahnarzt ☐ Ja ☐ Nein