

Anamnesebogen für Kinderpatienten

Liebe Eltern, liebe Kinder,

herzlich Willkommen in unserer Praxis! Um uns gut auf Ihren bevorstehenden Besuch vorzubereiten, benötigen wir neben den Personalien und dem allgemeinen Gesundheitszustand auch Informationen zur Ernährung und Mundhygiene Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine lückenlose und risikofreie Beratung und Behandlung. Bitte lesen Sie sich unsere Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen die entsprechenden Felder aus.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihre Praxis Wackelzahn.

- Vor – und Nachname des Kindes	Geburtsdatum
- Vor – und Nachname des Hauptversicherten	Geburtsdatum
- Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	
- Telefonnummer	Handynummer
	E-Mail
Gesetzlich versichert ☐	Privat versichert ☐
Beihilfeberechtigt ☐	Zusatzversicherung ☐
Erziehungsberechtigter:	Beide Eltern ☐
	Eltern leben getrennt ☐
Vater ☐	Mutter ☐
	Sonstige _____
- Wie sind Sie zu uns gekommen? _____ Überweisung von _____	
- Kinderarzt: _____ Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja ☐ Nein ☐	
- Grund des heutigen Besuches?	Wenn ja, warum? _____ Besteht eine Zahnarztangst?
- Bisheriger Zahnarzt?	Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung und wann war diese?
- Hatte Ihr Kind schon mal Zahnschmerzen?	
- Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund-Kieferbereich?	
- Hatte Ihr Kind schon mal eine kieferorthopädische Behandlung?	Wenn ja, wo und wem?
- Wurden schon mal Röntgenbilder im Kopf - Kieferbereich gemacht?	Wenn ja, wo und bei wem?

Bitte wenden

Hat Ihr Kind eine der nachfolgenden Krankheiten (bitte zutreffende ankreuzen)

Asthma	☐	Schilddrüsenerkrankung	☐	Leberkrankheit/Hepatitis	☐
Diabetes	☐	Nierenerkrankung	☐	Rheuma	☐
Epilepsie	☐	Lungenerkrankung	☐	Nervenerkrankung	☐
Hörstörung	☐	Erkrankung des Blutes	☐	Magen-Darm-Erkrankung	☐
Spastik	☐	Tuberkulose	☐	Immunschwäche (Aids)	☐

- Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens? Ja ☐ Nein ☐

angeborener Herzfehler ☐ erworbenener Herzfehler ☐

Herzoperation: Wann? _____ Wo? _____

- Bestehen sonstige Krankheiten? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche?

- Hat Ihr Kind Allergien? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche?

- Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass? Ja ☐ Nein ☐

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche?

- Hatte Ihr Kind schon mal ungewöhnliche Reaktionen auf Medikamente? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche?

- Verliefe die Schwangerschaft normal? Ja ☐ Nein ☐ Warum? _____

die Geburt normal? Ja ☐ Nein ☐ Warum? _____

Gewicht des Kindes bei der Geburt _____

- Hatte Ihr Kind einmal

eine fieberhafte Krankheit?	Ja	☐	Nein	☐
einen schweren Unfall?	Ja	☐	Nein	☐
eine Operation?	Ja	☐	Nein	☐
einen Aufenthalt im Krankenhaus?	Ja	☐	Nein	☐

- Atmet Ihr Kind durch den Mund Ja ☐ Nein ☐

- Hobbys und Interessen Ihres Kindes:

Wir sind eine Bestellpraxis. Das bedeutet, bei uns gibt es nur Termine nach Vereinbarung. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt mindestens 24 Stunden vorher) abzusagen, da sich ein anderer Patient über einen freien Termin freut. **Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zur Diagnostik und Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen und Behandlungsunterlagen von meinem Kind angefertigt und ggf. per Email an einen anderen Zahnarzt übermittelt werden dürfen

Ort, Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

Ernährung und Mundhygiene Fragebogen

von _____ geb.: _____

Ernährung

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie oft? _____
selten ☐
1x pro Tag ☐
mehrmals täglich ☐

Was isst Ihr Kind zum Frühstück?

- ☐ Brot
- ☐ Wurst, Käse
- ☐ Marmelade
- ☐ Nutella
- ☐ Cornflakes
- ☐ Müsli

zum Mittagessen?

(kurze Stichpunkte)

zum Abendessen?

(kurze Stichpunkte)

als Zwischenmahlzeit/ in den Schulpausen

- ☐ Obst
- ☐ Süßigkeiten
- ☐ Brot
- ☐ Gemüse
- ☐ Chips, Salzstangen
- ☐ Kuchen

Hat Ihr Kind einen bestimmten Ernährungsstil (vegetarisch, vegan, etc.):

Trinkverhalten

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____

Trinkt Ihr Kind aus dem Becher ☐ oder Nuckelflasche? ☐

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? _____

Was trinkt Ihr Kind

zum Frühstück?

- ☐ Wasser
- ☐ Limonade
- ☐ Tee mit Zucker
- ☐ Tee ohne Zucker
- ☐ Fruchtsaft
- ☐ Saftschorle
- ☐ Kakao
- ☐ Milch
- Sonstiges: _____

zum Mittagessen?

- ☐ Wasser
- ☐ Limonade
- ☐ Tee mit Zucker
- ☐ Tee ohne Zucker
- ☐ Fruchtsaft
- ☐ Saftschorle
- ☐ Kakao
- ☐ Milch
- Sonstiges: _____

zum Abendessen?

- ☐ Wasser
- ☐ Limonade
- ☐ Tee mit Zucker
- ☐ Tee ohne Zucker
- ☐ Fruchtsaft
- ☐ Saftschorle
- ☐ Kakao
- ☐ Milch
- Sonstiges: _____

Zwischendurch?

- ☐ Wasser
- ☐ Limonade
- ☐ Tee mit Zucker
- ☐ Tee ohne Zucker
- ☐ Fruchtsaft
- ☐ Saftschorle
- ☐ Kakao
- ☐ Milch
- Sonstiges: _____

Hat oder hatte Ihr Kind einen Schnuller? Ja ☐ Nein ☐

Wie lange? _____

Bitte wenden

Mundhygiene

Die Zähne werden geputzt:

Vom Kind selbst ☐ mit Hilfe der Eltern ☐ von den Eltern ☐

Wie oft werden die Zähne geputzt? _____

Wann werden die Zähne geputzt?

Vor dem Frühstück ☐
Nach dem Frühstück ☐
Nach dem Mittagessen ☐
Nach dem Abendessen ☐
Erst vor dem zu Bett gehen ☐

Womit werden die Zähne geputzt?

Hand-Zahnbürste ☐
Elektrische Zahnbürste ☐
Munddusche ☐
Zahnseide ☐
Zwischenraumbürstchen ☐

Zahnpasta: mit Fluorid ☐ ohne Fluorid ☐

Name der Zahnpasta: _____

Zusätzliche Fluoridierung ja ☐ nein ☐

durch D-Fluoretten ☐
Fluorid Gel (z.B. Elmex) ☐
Fluoridiertes Kochsalz ☐
Fluoridierte Mundspülung ☐
Zymafluor ☐
Fluoridierung beim Zahnarzt ☐

wie oft/wie lange? _____