



Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Name des Kindes _____

Anschrift _____

PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Telefon _____ Mobil _____

Erziehungsberechtigter _____ Geburtsdatum _____

Krankenversicherung

gesetzliche Versicherung _____

private Versicherung _____

Selbstzahler _____

Private Zahn-Zusatzversicherung _____

Kinderarzt/Hausarzt

Haben Sie bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome festgestellt? Wenn ja, welche?

Erschwerte Atmung oder Atemwegserkrankungen wie z.B. Asthma

Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche?

Erkrankungen der Leber oder Niere?

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?)

Zu hoher oder niedriger Blutdruck? hoch niedrig

Lebererkrankungen?

Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten?

Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten?

Starke Fieberanfälle oder Epilepsie (Krampfanfälle)?

Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung?

Probleme beim Hören?

Probleme beim Sprechen?

Sonstige Krankheiten? _____

Soll hier evtl. noch eine Überschrift hin?

Reagiert Ihr Kind allergisch? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt? Ja Nein

Geht Ihr Kind in den Kindergarten/Schule? Ja Nein



Was ist der Grund Ihres heutigen Besuches?

Zahnmedizinische Anamnese

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt? Ja Nein

Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? Ja Nein

Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen? Ja Nein

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Ja Nein

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

Bis zu welchem Alter? _____ Jahre

Wann? immer morgens abends nachts

Was war/ist in der Flasche? _____

Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich? _____

Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten? Ja Nein

Benutzt Ihr Kind: Fluoridhaltige Zahnpasta? Ja Nein

Fluoridhaltiges Speisesalz? Ja Nein

Fluoridhaltiges Speisesalz? Ja Nein

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind täglich die Zähne? _____ mal

Anamnese der Eltern

Mutter Vater

Sind Sie gegen irgendetwas allergisch? Ja Nein

Gibt es Medikamente die sie nicht vertragen? Ja Nein

Neigen Sie zur Zahnsteinbildung? Ja Nein

Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Angst? Ja Nein

Wir werden Ihr Kind in unser **Recall-System** aufnehmen und Sie per Telefon oder Brief an den nächsten Vorsorgetermin erinnern.

Sollten Sie dies nicht wünschen, sagen Sie uns bitte Bescheid.

Bonn, den _____

Unterschrift _____