



Kinderanamnesebogen

Wir möchten, dass Ihr Kind sich bei uns wohl fühlt. Um uns perfekt auf Ihr Kind einstellen zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe. Füllen Sie dieses Formular gewissenhaft aus - so können wir Ihr Kind individuell und risikoarm behandeln. Bitte informieren Sie uns, wenn sich etwas ändert. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes _____ geb. am _____

Anschrift _____ Telefon _____

Name des Hauptversicherten (Rechnungsempfängers), Geburtsdatum, Anschrift _____

Name der Krankenkasse _____

bei gesetzlichen Kassen: Pflichtversichert Freiwillig versichert Kostenerstattung gewählt
bei Privatversicherung: Beihilfeberechtigt

Erziehungsberechtigte: **Vater** **Mutter** **Sonstige**

Kinderarzt _____ Bisheriger Zahnarzt _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

Besteht eine Zahnarztangst? Beim Kind: ja nein Bei den Eltern: ja nein

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

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

	ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (z.B.Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche (Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lernbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Blutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Welche sonstigen Erkrankungen bestehen? _____

Welche Allergien bestehen? _____

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein? _____

Wenn Schwangerschaft/Geburt nicht normal verlief, warum? _____



Ernährung des Kindes

Wie oft isst Ihr Kind Süßigkeiten? **Selten** **1x pro Tag** **Mehrmals täglich**

Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück? **Milch** Kakao Fruchtsäfte **Tee ohne Zucker**

Tee mit Zucker

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf? **Wasser** Limo gezuckert Tee **Milch** Kakao
Fruchtsäfte/Schorlen Cola Sonstiges _____

Was isst Ihr Kind zum Frühstück? **Brot** Butter Marmelade **Nutella** Käse, Wurst
Müsli Cornflakes

in den Schulpausen? **Belegtes Brot** Obst Süßigkeiten

zum Mittagessen? (kurze Stichworte bitte) _____

zwischendurch? **Kuchen** Obst Salzgebäck **Belegtes Brot**
Sonstiges _____

Nur ausfüllen bei Klein- und Vorschulkindern

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____ Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? _____

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? ja nein

Hat Ihr Kind den Schnuller genommen? ja nein

Besteht eine andere Lutschgewohnheit? (z.B. Daumenlutschen) ja nein

Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt:

Vom Kind selbst? Mit Hilfe der Eltern? Von den Eltern?

Wann werden die Zähne geputzt?

Vor dem Frühstück Nach dem Frühstück Nach dem Mittagessen Sofort nach dem Abendessen

Vor dem Zu-Bett-gehen

Womit werden die Zähne gereinigt?

Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste Munddusche Zahnseide Zahnhölzer

Zwischenraumbürstchen Name der Zahnpasta _____

Fluoride

Vitamin-D-Fluoretten ja nein Fluoridtabletten ja nein

Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) ja nein Fluoridierte Mundspülung ja nein

Fluoridierung beim Zahnarzt ja nein Fluoride im Mineralwasser ja nein

Speisesalz mit Fluorid ja nein

Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da ansonsten die durch Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter