

Anamnesebogen für Kinder



Zahnarztpraxis

Dr. van Lith und Kollegen

Ästhetische Zahnmedizin | Implantologie | Oralchirurgie

Liebe Eltern!

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus. Vielen Dank!

Kind

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Sorgeberechtigte/r _____ Tel. mobil Sorgeberechtigte/r _____

E-Mail Sorgeberechtigte/r _____

Kinderarzt/-ärztin _____

Kieferorthopäde/-in _____

Versicherungsnehmer/in

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

ANAMNESE DES KINDES (Krankengeschichte)

Fragen zur Zahngesundheit

Wann war Ihr Kind zuletzt beim Zahnarzt? _____

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt?
 ja – Wann? _____ nein

Gab es Zahnunfälle? ja nein
Wenn ja, welche Zähne und wann? _____

Gab es Operationen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich?
 ja – Welche OP? _____ nein

Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie ...

Daumenlutschen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lispeln	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zungen-/Wangenpressen, Lippenbeißen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Knirschen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gebrauch eines Schnullers	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
dauerhaft offener Mund	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
dauerhafte Mundatmung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Erkrankungen?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche? _____		
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welcher Typ?	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> II
Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
bösartiger Tumor (Krebs)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV (Aids)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welcher Typ?	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche? _____		

Sonstige Infektionen / Erkrankungen?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

ja – Welche? _____ nein

Ernährung

Wie oft täglich isst Ihr Kind Süßigkeiten? _____

Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? _____

Wird/wurde Ihr Kind gestillt? ja nein

Zähneputzen

Putzt Ihr Kind alleine die Zähne? ja nein

Wie oft täglich? 1x 2x 3x

Zahnpasta Baby Kinder Junior Erwachsene

Zahnbürste Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Zahnseide ja nein

Fluoridanamnese

Verwendet Ihr Kind fluoridhaltige Zahnpasta? ja nein

Wird/wurde eine Tablettenfluoridierung durchgeführt? ja nein

Nutzt Ihr Kind ein Fluorid-Gelee? ja nein

Nutzen Sie fluoridiertes Speisesalz/Wasser? ja nein

Möchten Sie an die halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen Ihres Kindes erinnert werden? E-Mail Brief nein

Ich versichere, die obigen Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben:

Datum _____

Unterschrift _____