

ANAMNESEBOGEN | KINDER

Liebe Eltern, um die Behandlung Ihres Kindes auf seine ganz speziellen Bedürfnisse abzustimmen, bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen zu seiner Krankheitsvorgeschichte (Anamnese). Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten hilft Ihnen unser Praxisteam gerne weiter!



**ZAHNARZT
PRAXIS**

Dr. med. dent. Julia Hahn

Patient Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Mitglied / Versicherter Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Anschrift Straße: _____ PLZ /Ort: _____

Telefon: _____ E-mail: _____ Beruf: _____

Versicherung Name: _____

Gesetzliche Krankenkasse // Private Krankenkasse // Zusatzversicherung // Beihilfe // freiwillig

Allgemeine Situation

- Ja | Nein
- Allergien _____
(z.B. Penicillin, Latex) Ggf. welche?
- Asthma (schwere Atemnot)
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Herzerkrankungen
- Hoher / Niedriger Blutdruck
- Bluterkrankungen
- Lebererkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Infektionskrankheiten
- Hepatitis / HIV / Tbc
- Tumorerkrankungen
- Geistige Verzögerung
- Hatte Ihr Kind bisher häufig fieberhafte Erkrankungen
Wenn ja, in welchem Alter?
- Sonstige Erkrankungen _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche und wogegen? _____
- Wurde Ihr Kind gestillt?
Wenn ja, wie lange?
- Hat Ihr Kind den Schnuller genommen? _____
Wenn ja, wie lange?
- Besteht eine Zahnarztangst?

Zahn-Mund-Situation

- Ja | Nein
- Unfall im Mund-Kieferbereich
- Zahnfleischbluten
- Zähneknirschen

Sonstiges

- Isst Ihr Kind gerne Obst/Gemüse?
- Trinkt Ihr Kind gerne Säfte?
- Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach?
Womit werden die Zähne gereinigt? _ Handzahnbürste /
_ Elektrische Zahnbürste / _ Munddusche
_ Zahnseide / _ Zahnzwischenraumbürstchen
- Verwenden Sie Fluoride?
_ Zahnpasta / _ Tabletten / _ Speisesalz / _ Fluorid Gel /
_ Mundspülung / _ Vitamin D Fluorid Tabletten
- Möchten Sie, dass wir Ihr Kind in unser
Kinderprophylaxe-Programm aufnehmen?
- Sind Sie, wenn notwendig, mit einer lokalen Betäubung
der Zähne Ihres Kindes einverstanden?

Wer ist der Kinderarzt Ihres Kindes? (Name, ggf. Telefonnummer)

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Ihre besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Sollten zukünftig Änderungen des Gesundheitszustandes Ihres Kindes auftreten, teilen Sie uns diese bitte unverzüglich mit. Für Ihre Angaben vielen Dank.
Hierdurch ermöglichen Sie es uns, noch individueller auf die ganz besondere Situation Ihres Kindes einzugehen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen.
Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

