

# 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 Fluroide?  
\_ Zahnpasta / \_ Tabletten / \_ Speisesalz / \_ Fluroid 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



Harffer Schloßallee 20 | 50181 Bedburg-Kaster

fon 022 72-80 666 44 | fax 022 72-80 666 45 | info@zahnarztpraxishahn.de | www.zahnarztpraxishahn.de