

KINDERANAMNESEBOGEN

Liebe Eltern,
für eine optimale Behandlung Ihres Kindes benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung.
Bitte setzen Sie uns über eine Änderung Ihrer Adresse, Telefonnummer oder des Gesundheitszustandes Ihres Kindes in Kenntnis.

PERSÖNLICHE DATEN

_____ Name/Vorname Kind	_____ weiblich/männlich
_____ Geburtsdatum	
_____ Straße/Nr.	_____ PLZ / Ort
_____ Kinderarzt	

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R

_____ Name/Vorname
_____ Geburtsdatum
_____ Tel. Privat/Mobil
_____ E-Mail

gesetzlich versichert j n privat versichert j n Zusatzversicherung j n

Über wen ist das Kind versichert?
 Mutter Vater Sonstige

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Empfehlung Internet Praxisschild Sonstiges: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEI DER BEHANDLUNG MINDERJÄHRIGER

Hat die Patientin / der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der / des Erziehungsberechtigten notwendig:

Name / Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

ALLGEMEINE ANAMNESE

Warum kommt Ihr Kind heute zu uns?

- Routineuntersuchung
- Schmerzen

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarztbesuch?

- positiv
- neutral
- ängstlich

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Wenn ja, wann? _____

- ja
- nein

Hat Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?

- ja
- nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

- ja
- nein

Welche Hobbies / Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind? _____

MEDIZINISCHEANAMNESE

Falls zutreffend bitte ankreuzen:

- ja nein Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen erhalten?
- ja nein Asthma oder Lungenerkrankungen
- ja nein Infektionskrankheiten, wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?
- ja nein Bluterkrankungen oder Blutungsneigungen (blutet ihr Kind länger als üblich)?
- ja nein Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ja nein Leber- oder Nierenerkrankungen
- ja nein Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes?
- ja nein Lernschwäche oder Sprachstörungen
- ja nein Geistige Behinderung?
- ja nein Epilepsie?
- ja nein Hörprobleme oder Taubheit?
- ja nein Sehschwäche oder Blindheit?
- ja nein Sonstige Erkrankungen _____
- ja nein War Ihr Kind bereits im Krankenhaus (außer bei der Geburt)?

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten
(z.B. Penicillin, Schmerzmittel, Jod, Latex, Lokalanästhetika)?

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen als Eltern Allergien bekannt?

- ja
- nein

Wenn ja, welche? _____

Befindet sich Ihr Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung?

- ja
- nein

Befand oder befindet sich Ihr Kind z.Zt. in logopädischer Behandlung?

- ja
- nein

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?

- ja
- nein

ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN UND FLUORIDANAMNESE

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?

manchmal 1x täglich 2-3x täglich

Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

Eltern Kind Eltern und Kind

Wird mit fluoridhaltiger Zahnpasta geputzt?

ja nein

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese?

ja nein

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?

ja nein

Wird/wurde Ihr Kind gestillt?

ja nein

Benutzt Ihr Kind noch Daumen oder Schnuller zum Lutschen?

ja nein

Isst Ihr Kind viel Süßes?

ja nein

Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind (z.B. Wasser, ungesüßter Tee, Saft, Schorle) _____

Woraus trinkt Ihr Kind vorzugsweise? Glas/Becher Tasse/Becher mit Trinkaufsatz
 Nuckelflasche

ERINNERUNGSSERVICE

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an die Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes erinnert werden?

ja nein

HINWEIS

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für die regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll erachten, werden wir Sie darüber informieren.

Wir möchten Sie bitten Termine, welche von Ihnen nicht wahrgenommen werden können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir freuen uns darauf Sie und Ihr/e Kind/er kennenzulernen.
Ihr Praxisteam Dr. Bomas

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r