

# ANAMNESEBOGEN für das 1-3 Lebensjahr



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe der zahnmedizinische Befunderhebung /Behandlung Ihres Kindes zuwenden, benötigen wir neben den Angaben zur Person Ihres Kindes auch Angaben über dessen Allgemeinen Gesundheitszustand. Da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird den persönlichen Unterlagen Ihres Kindes zugefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name/Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße/Haus-Nr: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon (Privat) _____	Telefon (Handy): _____
E-Mail Adresse: _____	Hobbys: _____
Krankenkasse _____	Lieblingskuscheltier (darf natürlich mitgebracht werden!) _____

gesetzlich versichert: - <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	privat versichert: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Basistarif: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zusatzversicherung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	beihilfeberechtigt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Wenn sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße/Haus-Nr: _____	PLZ/Ort: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____	Ort: _____
-------------	------------

Telefon \_\_\_\_\_

### Hinweise Zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Danke

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit

Bitte beachten Sie , dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir gerne jemanden für Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:	<input type="radio"/> von Bekannten empfohlen	<input type="radio"/> Telefon/Branchenbuch
<input type="radio"/> Überweisung von _____	<input type="radio"/> Internet über die Seite: _____	<input type="radio"/> Sonstig

## ANAMNESEBOGEN -

### Zutreffendes bitte ankreuzen

Alter des Kindes (Monate): \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  nein

Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Leidet es an Allergien (Jod), Asthma, Heuschnupfen?  ja  nein

Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe) ?  ja  nein

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?  ja  nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?  ja  nein

Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?  ja  nein

Hat Ihr Kind eine Zuckerkrankheit(Diabetis) oder Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungstörung)?  ja  nein

Leidet es an einer Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, TBC)?  ja  nein

Andere Erkrankungen? \_\_\_\_\_  ja  nein

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?  ja  nein

### 1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

gar nicht  manchmal  1 x täglich  2 -3 x täglich

### 2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

gar keine  flouridfreie  Kinderzahnpasta  Erwachsenenzahnpasta  
(500ppm Flourid) (über 1000ppm Flourid)

### 3. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

Eltern  Kind  Eltern und Kind

### 4. Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

morgens  mittags  abends  
 vor den Mahlzeiten  nach den Mahlzeiten

### 5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

6. Geben Sie Ihrem Kind Flouridtabletten?  ja  nein

7. Benutzen Sie flouridiertes Speisesalz?  ja  nein  weiß nicht

8. Wird / wurde Ihr Kind gestillt?  ja  nein



## ANAMNESEBOGEN -

9. Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzliches Wasser oder andere Getränke?  ja  nein

Wenn ja woraus?

Tasse/Becher mit Trinkaufsatz  offene Tasse / Becher ohne Trinkaufsatz

10- Bekommt Ihr Kind nach (von 20Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken)?  Ja  nein

Wenn ja: wie?

Brust  Flasche  Becher mit Trinkaufsatz  andere\_\_\_\_\_

11. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?  Wasser  ungesüßter Tee  Apfelsaft  Eistee

anderes \_\_\_\_\_

12 Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse / Becher? \_\_\_\_\_(Jahr / Monat)

13. Bekommt Ihr Kind schon Beikost?  ja  nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

14. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

Es schnullert / lutscht am Daumen:  nein  Tags, wenn es müde ist

häufig zur Beruhigung  immer zum Einschlafen

Schullert es / lutscht es nachts am Daumen?  ja  nein

Können Sie den Schnuller / Daumen nach dem einschlafen herausziehen?  ja  nein

15. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt)?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ warum? \_\_\_\_\_

16- Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?  keine

17. Ist ihr Kind ?

ängstlich  schüchtern  selbstbewusst  neugierig

18. Für welche Beschäftigung hat Ihr Kind eine Besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher, Filme)

19. In welchen Verhältniss stehen Sie zum Kind? (z.B Mutter, Vater , Oma...) \_\_\_\_\_

20. Sind Sie alleinerziehend?  Ja  nein

Wenn ja, wie ist das Sorgerecht geregelt?  geteiltes Sorgerecht  alleiniges Sorgerecht  kein Sorgerecht

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältniss zu zahnärztlicher Behandlung erfahren.

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?  Ja  nein

Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll- / Vorsorgeuntersuchung?  Ja  nein

Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?  Ja  nein

Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?  Ja  nein

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

