

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: - ja nein privat versichert: ja nein Basistarif: ja nein
Zusatzversicherung: ja nein beihilfeberechtigt: ja 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: von Bekannten empfohlen Telefon/Branchenbuch
 Überweisung von _____ Internet über die Seite: _____ 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!

