



Kinderanamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert und bitten Sie deshalb, folgende Fragen zu beantworten:

Vorname & Name:

Spitzname:

geb:

Hobbis, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o.ä.:

Strasse:

Telefon:

PLZ/Wohnort:

Erziehungsberechtigter:

Familienversichert bei:

gesetzlich

Zusatzversicherung

privat

Über wen:

geb:

freiwillig:

Kostenerstattung

Chipkarte

Kinderarzt/Hausarzt:

Telefon:

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes:

Ja

Nein

Anmerkung

Allergien:

Ja

Nein

Allergiepaß?

Welche: _____

Hat / hatte Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen?:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Ja

Nein

welche: _____

Ist Ihr Kind z.Z. in ärztlicher Behandlung?

Ja

Nein

warum: _____

Einschränkung von:

Sehkraft

Gehör

Sonstige: _____

Gelbsucht

Herzerkrankungen/-fehler

Lunge/Asthma

Diabetes

Nierenerkrankungen

Krampfanfälle

ADHS /ADS

Angstzustände

Blutgerinnungsstörung

Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß

Obst

gemischt

Fast food

deftig

Isst wenig

viel

unkontrolliert

Lieblingsessen:

Fruchtsäfte Limonaden Mineralwasser Tee gesüßt
Tee ungesüßt

Zahnmedizinische Anamnese:

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten: Ja Nein

Welche?: Daumen/Finger Schnuller Sonstiges:.....

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine: Ja Nein

 Handzahnbürste el. Zahnbürste

 Wie oft:.....

Kieferorthopädische Behandlung: Ja Nein Bei Wem:.....

Hat Ihr Kind Beschwerden? : Ja Nein Welche:.....

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Welche Leistungen sind für Sie interessant, worüber möchten Sie informiert werden?

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe

Kariesrisikotest

Ernährungsberatung Hochwertige Füllungen

Zusatzleistungen Zusatzversicherungen (bitte angeben, wenn bereits vorhanden)

Eigene Fragen/Wünsche : _____

Grund Ihres Besuches : _____

Erster Besuch beim Zahnarzt? Ja Nein Hat Ihr Kind Angst? Ja Nein

Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnern? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!

Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten:
