



## Kinderanamnesebogen

### Patient:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

versichert über:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Privat : \_\_\_\_\_

Handy : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese:

1. Warum kommt Ihr Kind heute zu uns? Routineuntersuchung  Schmerzen   
Sonstiges: \_\_\_\_\_

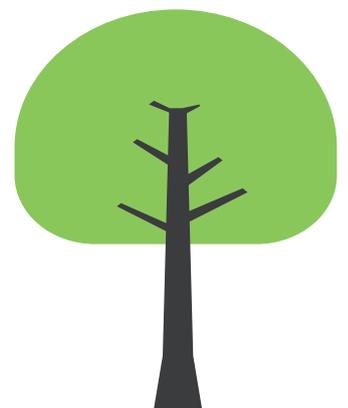
2. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Nein  Ja   
Wenn ja, wie verlief dieser Besuch? \_\_\_\_\_

3. Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch? Nein  Ja   
Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

4. Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? Nein  Ja

5. Welche Hobbies oder Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind? \_\_\_\_\_  
*Kuscheltiere werden gerne mituntersucht!*

6. Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarzt? Nein  Ja





## Gesundheitsfragen:

1. Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung (Herz-Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, innere Organe, Gerinnungsstörungen, AIDS, Hepatitis, geistige Behinderungen etc.)?

Nein

Ja

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

Ist Ihr Kind z.Zt in ärztlicher Behandlung?

Nein

Ja

2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja

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

3. Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber bestimmten Stoffen?

Nein

Ja

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

4. Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall oder eine Operation?

Nein

Ja

5. Verliefen Geburt und Schwangerschaft normal?

Nein

Ja

Bitte beantworten Sie die Fragen im Interesse Ihres Kindes wahrheitsgemäß, und teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes und des Versichertenstatus mit. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift:





## Ernährung bei Kindern

### 1. Was isst und trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

Tee	<input checked="" type="checkbox"/>	Brot	<input checked="" type="checkbox"/>
Kakao	<input checked="" type="checkbox"/>	Müsli	<input checked="" type="checkbox"/>
Milch	<input checked="" type="checkbox"/>	Marmelade	<input checked="" type="checkbox"/>
Saft	<input checked="" type="checkbox"/>	Nutella	<input checked="" type="checkbox"/>
Limonade	<input checked="" type="checkbox"/>	Käse/Wurst	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="text"/>	Sonstiges	<input type="text"/>

### 2. Was gibt es als Zwischenmahlzeit?

belegtes Brot	<input checked="" type="checkbox"/>	Kuchen	<input checked="" type="checkbox"/>
Obst	<input checked="" type="checkbox"/>	Chips	<input checked="" type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="text"/>

### 3. Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

Wasser	<input checked="" type="checkbox"/>	Kakao	<input checked="" type="checkbox"/>
Limonade	<input checked="" type="checkbox"/>	Milch	<input checked="" type="checkbox"/>
Saft	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="text"/>

### 4. Was isst und trinkt Ihr Kind zum Abendessen

---



## Mundhygiene bei Kindern:

### 1. Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt

vom Kind allein	<input type="checkbox"/>	<1 mal täglich	<input type="checkbox"/>
mit Hilfe der Eltern	<input type="checkbox"/>	1 mal täglich	<input type="checkbox"/>
von den Eltern	<input type="checkbox"/>	> 1 mal täglich	<input type="checkbox"/>

### 2. Womit werden die Zähne geputzt?

von Hand	<input type="checkbox"/>	Zahncreme mit Fluorid	<input type="checkbox"/>
elektrisch	<input type="checkbox"/>	Zahncreme ohne Fluorid	<input type="checkbox"/>

### 3. Nimmt Ihr Kind ansonsten Fluorid zu sich?

Fluoretten	<input type="checkbox"/>	Fluorid-Gel	<input type="checkbox"/>
fluoridiertes	<input type="checkbox"/>	Speisesalz Fluorid. Mundspüllung	<input type="checkbox"/>

Bitte drucken Sie den ausgefüllten Bogen aus und bringen Sie ihn zum nächsten Termin mit in die Praxis.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**