



ZAHNTEAM BILLSTEDT

Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern,

wir freuen uns sehr, Sie und Ihr Kind bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um den Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten und zu einzelnen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Ihr Zahnarzt Birol Dogan & Team

Persönliche Angaben:

Kontaktdaten des Kindes

Name Geburtsdatum w m
Vorname Geburtsort
Erziehungsberechtigter beide Mutter Vater

Kontaktdaten eines Elternteils

Name, Vorname Geburtsdatum w m
Straße und Hausnummer PLZ, Ort
Telefon privat Handy
E-Mail Telefon dienstlich
Beruf Arbeitgeber

Versicherung

Name der Krankenkasse Besteht eine Zusatzversicherung? Ja Nein
Kind ist versichert über Mutter Vater Name, Geburtsdatum:

Kinderarzt

Name
Anschrift

Vorheriger Zahnarzt

Name
Anschrift

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

persönliche Empfehlung im Vorbeigehen Internet Sonstiges:

Allgemeine Gesundheitssituation

Allergien, wenn ja, welche?
 Lungenerkrankung (z.B. Asthma)
 Blutgerinnungsstörung
 Diabetes
 Schilddrüsenerkrankung
 Epilepsie
 Herzerkrankungen und/oder -fehler, wenn ja, Herzpass (seit)?
 Lebererkrankung
 Nierenerkrankung
 Magen- Darmerkrankung
 rheumatische Erkrankung

- Infektionskrankheiten, wenn ja, welche: _____
- Augenerkrankung
- Sprach- oder Hörprobleme
- Geistige Beeinträchtigung, wenn ja, Entwicklungsstand des Kindes (Alter)? _____
- Lernschwäche/ADHS
- Komplikationen bei der Geburt/Frühgeburt
- Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche: _____
- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____
- Ist der Impfschutz vollständig? _____
- sonstige Erkrankungen: _____

Zahnmedizinische Gesundheitssituation

- Hat Ihr Kind aktuell Zahnschmerzen? Ja Nein
- Hatte Ihr Kind schon einen Unfall im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich Ja Nein
- Lutscht Ihr Kind am Daumen oder Schnuller bzw. hat dies getan? Ja Nein
- Falls Ja, bis zu welchem Alter? _____
- Schnarcht Ihr Kind beim Schlafen? Ja Nein
- Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein
- Wurden die Zähne Ihres Kindes bereits geröntgt? Ja Nein
- Falls ja, wo und wann? _____

Ernährungs- und Putzgewohnheiten

- Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein
- Wenn ja, wie lange? _____
- Wurde Ihr Kind durch die Flasche ernährt? Ja Nein zum Einschlafen
- Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? _____
- Wie viele Mahlzeiten bekommt Ihr Kind? 2-3 4-5 öfter
- Wie oft isst Ihr Kind Süßes? täglich x die Woche selten
- Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? 2x täglich 1x täglich Nie
- Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach? Ja Nein ich kontrolliere nur
- Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate? Zahnpasta Fluoridtabletten
- Fluorid Gel keine
- Womit putzt Ihr Kind die Zähne?
 - Handzahnbürste
 - elektrische Zahnbürste
 - Zahnseide
 - Zwischenraumbürsten

Anamnese der Eltern

- Allergien Ja Nein wenn ja, welche: _____
- Neigen Sie zu Karies Ja Nein
- Neigen Sie zu Zahnstein? Ja Nein

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis, d.h. an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Ihren Termin rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt anderen Patienten die Möglichkeit, schnellstmöglich einen Termin zu bekommen. Bitte beantworten Sie die Fragen im Interesse Ihres Kindes wahrheitsgemäß und teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes mit.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten