



Anamnesebogen: Kinder

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherte Person (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Mutter/ Erziehungsberechtigte (Vor- und Zuname): _____
- Vater/ Erziehungsberechtigter (Vor- und Zuname): _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Recall: _____ ja _____ nein

wenn ja, Telefon (WhatsApp) oder E-Mail? _____

Rechnungsempfänger: _____

Hauszahnarzt: _____

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Krankenversicherung: _____

- Zusatzversicherung: wenn ja, welche _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches: Schmerzen Kontrolle Trauma Karies

Besteht eine Zahnarztangst: ja _____ nein _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch: _____

Hatte ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich? ja _____ nein _____

Hat ihr Kind eine Pflegestufe? Wenn ja, welche: _____

Leidet oder litt ihr Kind an folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|----------|------------|
| • Herzerkrankungen | ja _____ | nein _____ |
| • Hoher Blutdruck | ja _____ | nein _____ |
| • Hat ihr Kind einen Herzschrittmacher? | ja _____ | nein _____ |
| • Herzklappenersatz | ja _____ | nein _____ |
| • Schlaganfall | ja _____ | nein _____ |
| • sonstige Herz-Kreislaufferkrankungen | | |

wenn ja, welche? _____

Bluterkrankungen

- | | | |
|----------------------------------|----------|------------|
| • Blutgerinnungsstörungen | ja _____ | nein _____ |
| • Blutarmut | ja _____ | nein _____ |
| • Gerinnungshemmende Medikamente | ja _____ | nein _____ |
| • Thrombose | ja _____ | nein _____ |
| • sonstige Bluterkrankungen | ja _____ | nein _____ |

wenn ja, welche? _____

Allergien

- | | | |
|------------------------------------|----|------|
| • Zahnärztliche Materialien | ja | nein |
| • Penicillin | ja | nein |
| • Lokalanästhetika | ja | nein |
| • Latexallergie | ja | nein |
| • Hat ihr Kind einen Allergiepass? | ja | nein |
| • sonstige Allergien | | |

wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten

- | | | |
|-----------------------------------|----|------|
| • Tuberkulose | ja | nein |
| • Hepatitis A,B,C | ja | nein |
| • Aids/HIV | ja | nein |
| • sonstige Infektionskrankheiten? | ja | nein |

wenn ja, welche? _____

Andere Erkrankungen

- | | | |
|----------------------------|----|------|
| • Asthma/ Lungenerkrankung | ja | nein |
| • Diabetes | ja | nein |
| • Epilepsie | ja | nein |
| • Glaukom | ja | nein |
| • Lebererkrankungen | ja | nein |
| • Schilddrüsenerkrankungen | ja | nein |
| • Nierenleiden | ja | nein |
| • Magen-Darm-Erkrankungen | ja | nein |
| • Hörstörungen | ja | nein |
| • Spastik | ja | nein |
| • Geistige Verzögerung | ja | nein |
| • Geistige Behinderung | ja | nein |
| • Lernbehinderung | ja | nein |
| • sonstige Erkrankungen? | Ja | nein |

wenn ja, welche? _____

Kinderkrankheiten

- | | | |
|--------------|----|------|
| • Masern | ja | nein |
| • Mumps | ja | nein |
| • Röteln | ja | nein |
| • Diphtherie | ja | nein |

Impfungen

- | | | |
|--------------|----|------|
| • Masern | ja | nein |
| • Mumps | ja | nein |
| • Röteln | ja | nein |
| • Diphtherie | ja | nein |

Nimmt ihr Kind irgendwelche Medikamente? ja nein

wenn ja, welche und welche Dosierung? _____

Hatte ihr Kind fieberhafte Krankheiten? ja nein
wenn ja, in welchem Alter? _____

Ist ihr Kind schon einmal operiert worden? ja nein

Hatte ihr Kind schwere Unfälle? ja nein

War ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? ja nein

Atmet ihr Kind durch den Mund? ja nein

Anamnese (Krankengeschichte) der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein

wenn ja, welche? Mutter:

Vater:

Neigen Sie zu:

Vater

Mutter

- | | | | | |
|---------------------|----|------|----|------|
| • Karies | ja | nein | ja | nein |
| • Zahnstein | ja | nein | ja | nein |
| • Zahnfleischbluten | ja | nein | ja | nein |
| • Zahnarztangst | ja | nein | ja | nein |

Ernährung

Isst ihr Kind gerne Süßigkeiten?

wenn ja, wie oft? Selten 1x am Tag ja nein
mehrmals/Tag

Was trinkt ihr Kind zum Frühstück?

- | | | |
|--------------------------|----|------|
| • Tee/Kaffee mit Zucker | ja | nein |
| • Tee/Kaffee ohne Zucker | ja | nein |
| • Milch | ja | nein |
| • Kakao | ja | nein |
| • Fruchtsaft | ja | nein |
| • sonstiges _____ | | |

Was isst ihr Kind zum Frühstück?

- | | | |
|-------------------|----|------|
| • Brot | ja | nein |
| • Butter | ja | nein |
| • Marmelade | ja | nein |
| • Käse, Wurst | ja | nein |
| • Nutella | ja | nein |
| • Müsli | ja | nein |
| • Cornflakes | ja | nein |
| • sonstiges _____ | | |

Was isst ihr Kind in den Schulpause?

- | | | |
|-------------------|----|------|
| • Belegtes Brot | ja | nein |
| • Obst | | |
| • _____ | ja | nein |
| • Süßigkeiten | ja | nein |
| • sonstiges _____ | | |

Was isst ihr Kind zu Mittag? _____

Was trinkt ihr Kind im Tagesverlauf?

- | | | |
|----------------------|----|------|
| • Cola | ja | nein |
| • Limonade | ja | nein |
| • Tee mit Zucker | ja | nein |
| • Tee ohne Zucker | ja | nein |
| • Kakao | ja | nein |
| • Milch | ja | nein |
| • Kaffee mit Zucker | ja | nein |
| • Kaffee ohne Zucker | ja | nein |
| • Mineralwasser | ja | nein |
| • Schorle | ja | nein |
| • Eistee | ja | nein |
| • sonstiges _____ | | |

Was isst ihr Kind zum Abendessen? _____

Was isst ihr Kind als Zwischenmahlzeit?

- | | | |
|-------------------|----|------|
| • Kuchen | ja | nein |
| • Süßigkeiten | ja | nein |
| • Gummibärchen | ja | nein |
| • Milchschnitte | ja | nein |
| • Obst | ja | nein |
| • Salzstangen | ja | nein |
| • Chips | ja | nein |
| • Belegtes Brot | ja | nein |
| • sonstiges _____ | | |

Zahnpflege

Werden die Zähne des Kindes geputzt?

- | | | |
|---------------------|----|------|
| • bisher noch nicht | ja | nein |
| • nicht regelmäßig | ja | nein |
| • 1x 2x 3x | | |
| • mit Zahnpasta | ja | nein |
| • ohne Zahnpasta | ja | nein |

Reagiert Ihr Kind bei der Zahnreinigung:

- | | | |
|------------------|----|------|
| • bereitwillig | ja | nein |
| • mit Widerstand | ja | nein |
| • wechselnd | ja | nein |

Erfolgt die Zahnreinigung

- | | | |
|------------------------|----|------|
| • vom Kind selbst | ja | nein |
| • mit Hilfe der Eltern | ja | nein |
| • von den Eltern | ja | nein |

Wann werden die Zähne geputzt?

- | | | |
|------------------------------|----|------|
| • vor dem Frühstück | ja | nein |
| • nach dem Frühstück | ja | nein |
| • nach dem Mittagessen | ja | nein |
| • sofort nach dem Abendessen | ja | nein |
| • erst vor dem Zubettgehen | ja | nein |

Womit werden die Zähne geputzt?

- | | | |
|--------------------------|----|------|
| • Handzahnbürste | ja | nein |
| • elektrische Zahnbürste | ja | nein |
| • Munddusche | ja | nein |
| • Zahnseide | ja | nein |
| • Zahnzwischenraumbürste | ja | nein |
| • Zahnholzchen | ja | nein |
| • sonstiges _____ | | |

Fluoridanamnese

Eine Tablettenfluoridierung

- | | | |
|----------------------------|----|------|
| • wurde nicht durchgeführt | ja | nein |
| • wird durchgeführt | ja | nein |

Präparat _____

- | | | |
|----------------------|----|------|
| • wurde durchgeführt | ja | nein |
|----------------------|----|------|

bis zum Alter von _____

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?

ja	nein
----	------

Benutzt ihr Kind zusätzlich Elmex Gelee?

ja	nein
----	------

Trinkverhalten (bei Klein- und Vorschulkindern)

Wie lange wurde ihr Kind gestillt?

- | | | |
|----------------------------|----|------|
| • wird immer noch gestillt | ja | nein |
| • bis zum Alter von _____ | | |
| • wurde nicht gestillt | ja | nein |

Das Kind trinkt aus

- | | | |
|---------------------|----|------|
| • Becher/Tasse/Glas | ja | nein |
| • Flasche | ja | nein |

Falls ihr Kind noch aus der Flasche trinkt:

- | | | |
|-------|----------------|------------------|
| Wann? | () tagsüber | () nachts |
| Was? | () Limonade | () Schorle |
| | () Tee gesüßt | () Tee ungesüßt |
| | () Eistee | () Fruchtsaft |

Falls ihr Kind aus dem Becher trinkt:

- | | | |
|------|----------------|------------------|
| Was? | () Limonade | () Fruchtsaft |
| | () Tee gesüßt | () Tee ungesüßt |
| | () Milch | () Kakao |

Sind Lutschgewohnheiten vorhanden?

Nein

Finger/Daumen

Schnuller