

## liebe neupatienten,

bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen aus und bringen ihn bei Ihrem ersten Besuch mit. Falls Sie Fragen zu den Angaben haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Beantworten Sie die Fragen bitte in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Wir weisen hiermit ausdrücklich darauf hin, dass Ihnen bei kurzfristig abgesagten Terminen (weniger als 24 Stunden vor festgesetztem Behandlungszeitpunkt), die dadurch evtl. nicht gedeckten Praxiskosten in Rechnung gestellt werden können.



persönliche daten	
Patient	Versicherungsnehmer
Vorname:	Vorname:
Nachname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:
KiGa/KiTa:	Beruf:
Schule:	Arbeitgeber:
Erziehungsberechtigte Person:	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige:
Überweisung vom:	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Kinderarzt
	<input type="checkbox"/> Sonstige:
Grund des heutigen Zahnarztbesuches?	
Möchten Sie an den nächsten Termin erinnert werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Zahnarztangst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bisheriger Zahnarzt:	
Wann war der letzte Zahnarztbesuch?	
Wie verlief die bisherige Behandlung?	
Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/ Kieferbereich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nimmt Ihr Kind den Schnuller?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, bis wann nahm Ihr Kind den Schnuller?	

### leidet ihr kind an einer der nachfolgenden krankheiten?

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Schilddrüsen- erkrankungen	<input type="checkbox"/> Immunschwäche (z. B. AIDS)	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Geistige Verzögerungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung/ Gelbsucht
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes	<input type="checkbox"/> Geistige Behinderungen	<input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Magen-Darm- Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Lernbehinderung	<input type="checkbox"/> Rheuma/ rheumatisches Fieber
<input type="checkbox"/> Spastik			<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen			



**bestehen sonstige erkrankungen? wenn ja, welche?**

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angeborene oder erworbene Herzfehler?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperationen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:		

Hat Ihr Kind Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, worauf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte Ihr Kind bisher fieberhafte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, mit welchem Alter?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, woran?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte es schwere Unfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atmet Ihr Kind durch den Mund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verlief die Schwangerschaft normal?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verlief die Geburt normal?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, warum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gewicht des Kindes bei der Geburt?	Gramm:	

**anamnese der eltern**

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	Mutter:	
	Vater:	

**neigen sie zu:**

	Mutter		Vater	
Karies	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnstein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnarztangst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**ernährung ihres Kindes**

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie oft?	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> 1x am Tag
Was isst Ihr Kind zum Frühstück?	<input type="checkbox"/> Brot	<input type="checkbox"/> Butter
	<input type="checkbox"/> Nutella	<input type="checkbox"/> Wurst/Käse
	<input type="checkbox"/> Cornflakes	<input type="checkbox"/> Sonstiges



Was isst Ihr Kind in den Schulpausen?	<input type="checkbox"/> Obst	<input type="checkbox"/> Süßigkeiten	<input type="checkbox"/> Belegtes Brot
	Sonstiges:		
Was isst Ihr Kind zu Mittag?	Stichworte:		
Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?	<input type="checkbox"/> Cola	<input type="checkbox"/> Milch	<input type="checkbox"/> Wasser
	<input type="checkbox"/> Tee	<input type="checkbox"/> Limonade	<input type="checkbox"/> Apfelschorle
	<input type="checkbox"/> Kakao	<input type="checkbox"/> Fruchtsaft	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeiten?	<input type="checkbox"/> Obst	<input type="checkbox"/> Kuchen	<input type="checkbox"/> Chips/Salzstangen
	<input type="checkbox"/> Süßigkeiten	<input type="checkbox"/> Belegtes Brot	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

### zahnpflege ihres Kindes

Die Zähne werden geputzt:	<input type="checkbox"/> Vom Kind selbst	<input type="checkbox"/> Von den Eltern
	<input type="checkbox"/> Mit Hilfe der Eltern	
Wann werden die Zähne geputzt?	<input type="checkbox"/> Vor dem Frühstück	<input type="checkbox"/> Nach dem Mittagessen
	<input type="checkbox"/> Nach dem Frühstück	<input type="checkbox"/> Nach dem Abendessen
Womit werden die Zähne gereinigt?	<input type="checkbox"/> Hand-Zahnbürste	<input type="checkbox"/> Elektr. Zahnbürste
	<input type="checkbox"/> Munddusche	<input type="checkbox"/> Zahnseide
	<input type="checkbox"/> Zahnhölzchen	<input type="checkbox"/> Zahnzwischenraumbürstchen
Name der Zahnpasta:		
Mit Florid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Floride:	<input type="checkbox"/> D-Fluoretten	<input type="checkbox"/> Zymafluor
	<input type="checkbox"/> Fluor-Vigantoletten	<input type="checkbox"/> Fluorid-Gelée
	<input type="checkbox"/> Fluoridierung b. Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Fluoridiertes Kochsalz
	<input type="checkbox"/> Fluoridierte Mundspülung	
Wie oft:		

Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie lange?	Monate:	
Trinkt Ihr Kind aus der Flasche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?	Monate:	

Ort

Datum

Unterschrift