



## Kinderanamnesebogen

Wir möchten, dass Ihr Kind sich bei uns wohl fühlt. Um uns perfekt auf Ihr Kind einstellen zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe. Füllen Sie dieses Formular gewissenhaft aus - so können wir Ihr Kind individuell und risikoarm behandeln. Bitte informieren Sie uns, wenn sich etwas ändert. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Kindes \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name des Hauptversicherten (Rechnungsempfängers), Geburtsdatum, Anschrift \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

bei gesetzlichen Kassen: Pflichtversichert  Freiwillig versichert  Kostenerstattung gewählt   
bei Privatversicherung: Beihilfeberechtigt

Erziehungsberechtigte: **Vater**  **Mutter**  **Sonstige**

Kinderarzt \_\_\_\_\_ Bisheriger Zahnarzt \_\_\_\_\_

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Besteht eine Zahnarztangst? Beim Kind: ja  nein  Bei den Eltern: ja  nein

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich? \_\_\_\_\_

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

	ja	nein		ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (z.B.Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche (Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lernbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Blutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Welche sonstigen Erkrankungen bestehen? \_\_\_\_\_

Welche Allergien bestehen? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_

Wenn Schwangerschaft/Geburt nicht normal verlief, warum? \_\_\_\_\_



### Ernährung des Kindes

Wie oft isst Ihr Kind Süßigkeiten? **Selten**  **1x pro Tag**  **Mehrmals täglich**

Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück? **Milch**  Kakao  Fruchtsäfte  **Tee ohne Zucker**   
Tee mit Zucker

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf? **Wasser**  Limo gezuckert  Tee  **Milch**  Kakao   
**Fruchtsäfte/Schorlen**  Cola  Sonstiges \_\_\_\_\_

Was isst Ihr Kind zum Frühstück? **Brot**  Butter  Marmelade  **Nutella**  Käse, Wurst   
**Müsli**  Cornflakes

in den Schulpausen? **Belegtes Brot**  Obst  Süßigkeiten

zum Mittagessen? (kurze Stichworte bitte) \_\_\_\_\_

zwischendurch? **Kuchen**  Obst  Salzgebäck  **Belegtes Brot**   
Sonstiges \_\_\_\_\_

### Nur ausfüllen bei Klein- und Vorschulkindern

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_ Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche? ja  nein

Hat Ihr Kind den Schnuller genommen? ja  nein

Besteht eine andere Lutschgewohnheit? (z.B. Daumenlutschen) ja  nein

### Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt:

Vom Kind selbst?  Mit Hilfe der Eltern?  Von den Eltern?

Wann werden die Zähne geputzt?

Vor dem Frühstück  Nach dem Frühstück  Nach dem Mittagessen  Sofort nach dem Abendessen

Vor dem Zu-Bett-gehen

Womit werden die Zähne gereinigt?

Handzahnbürste  Elektrische Zahnbürste  Munddusche  Zahnseide  Zahnhölzer

Zwischenraumbürstchen  Name der Zahnpasta \_\_\_\_\_

### Fluoride

Vitamin-D-Fluoretten ja  nein  Fluoridtabletten ja  nein

Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) ja  nein  Fluoridierte Mundspülung ja  nein

Fluoridierung beim Zahnarzt ja  nein  Fluoride im Mineralwasser ja  nein

Speisesalz mit Fluorid ja  nein

Termine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, da ansonsten die durch Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter