



ZAHNARZTPRAXIS

### Anamnesebogen für Kinderpatienten

#### Patient (Familienversichertes Mitglied)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

#### Hauptversichertes Mitglied

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

Erziehungsberechtigte\*:  Vater  Mutter  sonstige

Überweisung von:  Hauszahnarzt  Kinderarzt  selbst gesucht  sonstiges

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt?  ja  nein

Falls ja, wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?

Kooperativ  ängstlich, Behandlung war aber möglich  Behandlungsverweigerung

Bei welchen Zahnärzten war Ihr Kind bereits in Behandlungen?  
\_\_\_\_\_

Gibt es „Schlüsselreize“ für Ihr Kind im Zusammenhang mit der Zahnbehandlung (z.B. gezielte Angst vor Spritzen) oder liegen Besonderheiten (z.B. Würgereiz) vor?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?  ja  nein

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/ Kieferbereich?  ja  nein

Wenn ja, was \_\_\_\_\_

**\*Bei Änderungen der Erziehungsberechtigten bitten wir um zeitnahe Bekanntgabe bei den Mitarbeitern, da eine zahnärztliche Behandlung nur unter Zustimmung aller Erziehungsberechtigten stattfinden kann.**

**Bitte wenden**

**Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?**

- |                                                               |                                                                       |                                           |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma                               | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                              | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)       | <input type="checkbox"/> Rheuma                                       | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit  |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung                     | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung                        | <input type="checkbox"/> Immunschwäche    |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung               | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                             | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Geistige Verzögerung/<br>Behinderung | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Blutes                        | <input type="checkbox"/> Frühgeburt       |
|                                                               | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten<br>(HIV, TBC, Hep B/C) |                                           |

- War bzw. ist Ihr Kind in psychotherapeutischer Behandlung?  ja  nein
- Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?  ja  nein
- Angeborene oder erworbene Herzfehler?  ja  nein
- Herzoperationen?  ja  nein
- Bestehen sonstige Erkrankungen?  ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind Allergien/ Unverträglichkeiten?  ja  nein
- Wenn ja, worauf? \_\_\_\_\_
- Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?  ja  nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?  ja  nein
- Hatte Ihr Kind schwere Unfälle?  ja  nein
- War es schon einmal im Krankenhaus?  ja  nein
- Atmet Ihr Kind durch den Mund?  ja  nein

**Es ist oft hilfreich, die Eltern näher kennen zu lernen, um sie gut beraten zu können. Daher werden nachfolgend diesbezüglich noch einige Fragen gestellt?**

- Haben Sie weitere Kinder?  ja  nein
- Wenn ja, wie alt? \_\_\_\_\_
- Gibt es bei den Geschwisterkindern Besonderheiten (z.B. Krankheiten, Behinderungen etc.), die Sie für wichtig erachten?  ja  nein
- Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Anamnese (Krankengeschichte) der Eltern:**

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  ja  nein
- wenn ja, welche (Mutter): \_\_\_\_\_
- wenn ja, welche (Vater): \_\_\_\_\_

		<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
Neigen Sie zu	Karies	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	Zahnstein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	Zahnarztangst	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Beruf der Mutter \_\_\_\_\_ Beruf des Vaters \_\_\_\_\_

Leben die Eltern getrennt? Falls ja geben Sie bitte hier Namen, Anschrift und Telefonnummer des nicht anwesenden Elternteils (wenn erziehungsberechtigt) an.

\_\_\_\_\_

Waren in letzter Zeit wichtige Veränderungen oder stehen diese in näherer Zukunft an (z.B. Umzug, berufliche Veränderungen)?

\_\_\_\_\_

**Eine Absage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 24h vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen.**