DENTINAUTEN

ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Liebe Eltern, bitte füllen Sie den nachfolgenden Aufnahmebogen sorgfältig und möglichst vollständig aus. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Der Bogen wird ausgefüllt von: _____

Falls nicht der/die Erziehungsberechtigte/r:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefonnummer / Mobilnummer: _____

Vollmacht vorhanden? ○ ja ○ nein

KIND

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ,Ort: _____

Hobbys, Lieblingsspielzeug, Vorlieben o. Ä.

_____

Was mag Ihr Kind gar nicht?

_____

Kinderarzt / Hausarzt (Name, Adresse): _____

VERSICHERUNGSNEHMER

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ,Ort: _____

Krankenkasse: _____

Hat ihr Kind eine Zahnzusatzversicherung? ○ ja ○ nein

Name der Versicherung: _____

SORGEBERECHTIGTE/R: ○ Gemeinsam ○ Mutter ○ Vater ○ Andere: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefonnummer / Mobilnummer: _____

Sind Sie einverstanden in unser Recallsystem aufgenommen zu werden? ○ ja ○ nein

E-Mail Adresse: _____

KRANKENGESCHICHTE

FRAGEN ZUR ZAHNGESUNDHEIT

Wann war Ihr Kind zum ersten Mal beim Zahnarzt? _____

Und wann das letzte Mal? _____

Hat Ihr Kind einmal negative Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht? ○ ja ○ nein

Besteht Zahnarztangst beim Kind? ○ ja ○ nein

Was hat Ihrem Kind beim Zahnarztbesuch nicht gefallen? _____

Besteht Zahnarztangst bei der Mutter oder bei dem Vater? ○ ja ○ nein

Wurde Ihr Kind bereits im Kiefer-/Zahnbereich geröntgt? ○ ja ○ nein

Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

Gab es Zahnunfälle? ○ ja ○ nein

Wenn ja, an welchen Zähnen? _____

Wie oft werden die Zähne Ihres Kindes geputzt? ○ 1x tägl ○ 2x tägl

Wer putzt die Zähne? _____

Wird fluoridhaltige Zahnpasta verwendet? ○ ja ○ nein

FRAGEN ZUR ERNÄHRUNG

Isst Ihr Kind mehrmals täglich Süßes? ○ ja ○ nein

Trinkt Ihr Kind täglich zuckerhaltige Getränke (Säfte, Schorlen, Softdrinks)? ○ ja ○ nein

Trinkt Ihr Kind Milch oder zuckerhaltige Getränke aus der Flasche? ○ ja ○ nein

Wird Ihr Kind noch gestillt? ○ ja ○ nein

HAT IHR KIND ANGEWOHNHEITEN WIE ...

Daumenlutschen? ○ ja ○ nein

Lippenschlecken? ○ ja ○ nein

Lippenbeißen? ○ ja ○ nein

Zungen- oder Wangenpressen? ○ ja ○ nein

Sonstiges: _____

Gebrauch eines Schnullers? ○ ja ○ nein

Wangenbeissen? ○ ja ○ nein

dauerhaft Mundatmung? ○ ja ○ nein

Zähneknirschen-o. Pressen? ○ ja ○ nein

FRAGEN ZUR ALLGEMEINGESUNDHEIT DES KINDES

Nimmt Ihr Kind aktuell oder regelmäßig Medikamente? ○ ja ○ nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht ein Pflegegrad? ○ ja ○ nein

Wenn ja, welche Pflegestufe?: _____

Hat Ihr Kind folgende Schutzimpfung? ○ Masern ○ Tetanus

LEIDET IHR KIND UNTER EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Allergien? ○ ja ○ nein

Wenn ja, welche? _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen? ○ ja ○ nein

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis B,C, HIV etc.)? ○ ja ○ nein

Wenn ja, welche? _____

Bluterkrankungen (Gerinnungsstörung, Anämien, Hämophilie etc)? ○ ja ○ nein

Wenn ja, welche? _____

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD, Mukoviszidose etc)? ○ ja ○ nein

Wenn ja, welche? _____

Schilddrüsenerkrankung? ○ ja ○ nein

Wenn ja, welche? _____

Diabetes? ○ ja ○ nein

Gab es Knochenbrüche im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich? ○ ja ○ nein

Wenn ja, wo? _____

Sonstige Erkrankungen (Leber, Niere, Stoffwechselerkrankung etc.)? ○ ja ○ nein

Wenn ja, welche? _____

Neuroentwicklung und Besonderheiten ○ ja ○ nein

(AD(H)S, Autismus-Spektrum-Störung, Entwicklungsverzögerung etc)

Wenn ja, welche? _____

Gibt es bei ihrem Kind Besonderheiten, die wir berücksichtigen sollen?

_____

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt wurden

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

ZAHNÄRZTIN FÜR KINDERZAHNMEDIZIN

Carolin Weigl

Traunreuter Straße 1, 93073 Neutraubling | Tel. 09401 539 826 4
info@dentinauten.de | www.dentinauten.de
IBAN: DE76 3006 0601 0041 3297 14 | BIC:DAAEDEDDXXX Deutsche Ärzte- und Apothekerbank