

## Anamnesebogen für Kinder

### KIND

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Das Kind ist mitversichert bei:

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Privat

Privat Basis-Tarif

gesetzlich pflichtversichert

gesetzlich freiwillig versichert

Möchten Sie, dass wir Ihr Kind an die nächste Kontrolluntersuchung erinnern?  Ja  Nein

### ELTERN

Erziehungsberechtigter:  Mutter  Vater

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

### Allgemein Anamnese

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Name des Hauszahnarztes: \_\_\_\_\_

Empfohlen oder überwiesen von: \_\_\_\_\_

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches: \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch: \_\_\_\_\_

Was wurde gemacht: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt?  Ja  Nein

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

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Name des Kieferorthopäden: \_\_\_\_\_

Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen?  Ja  Nein

Erhält Ihr Kind Fluoride (Speisesalz; Zahnpasta; Tabletten)?  Ja  Nein

Wie häufig putzt Ihr Kind die Zähne? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind ein Lieblingsspiel/-spielzeug? \_\_\_\_\_

Was isst Ihr Kind gerne? \_\_\_\_\_

Was sieht Ihr Kind am liebsten für DVD`s oder Serien? \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie auch die nächste Seite!

### Ärztliche Anamnese

Hat Ihr Kind akute oder chronische Erkrankungen  
(z.B. Asthma, Bronchitis, Diabetes oder Epilepsie)?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien?  Ja  Nein

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

Hat Ihr Kind Sonstige Krankheiten?  Ja  Nein

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

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

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

Befindet sich Ihr Kind regelmäßig in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

### BITTE BEACHTEN SIE DIE FOLGENDEN DINGE, DIE ZU EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG BEITRAGEN:

1. Erscheinen Sie möglichst 15 Minuten vor dem vereinbarten Termin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich einzugewöhnen.
2. Lassen sie Ihr Kind antworten! Ihr Kind soll im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen.
3. Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um den Kinderzahnärzten eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen.
4. Vermeiden Sie Angstbegriffe wie „Schmerz“, „Spritze“, „tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“ etc.
5. Loben Sie Ihr Kind nach der Behandlung! Gestärktes Selbstvertrauen motiviert Neues auszuprobieren.

### VIELEN DANK!

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (des Erziehungsberechtigten)