

Anamnesebogen für Kinder bis 6 Jahre

Vorname / Name des Kindes _____ Geb. _____

Vorname / Name des Sorgeberechtigten _____

Anschrift _____ Telefonnummer _____

Versicherungsstatus:

- ☐ gesetzlich bei: _____. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein
☐ freiwillig gesetzlich versichert
☐ Privatversichert bei: _____ ☐ Basistarif ☐ Notfalltarif ☐ Beihilfe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Wir bitten Sie, uns etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Besteht bzw. bestand bei Ihrem Kind eine der folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	Bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?			
Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?			
Leidet es an Allergien (Jod, Latex), Asthma?			
Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?			
Hat Ihr Kind eine Zuckerkrankheit (Diabetes)?			
Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?			
Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?			
Leidet Ihr Kind an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?			
Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?			
Gab es Unfälle mit Zahnschäden?			
Sind die Impfungen aktuell (Masern, Wundstarrkrampf)?			
Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?			
Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?			
Wird/wurde Ihr Kind gestillt?			
Sind Sie mit der Fluoridierung der Zähne bei Ihrem Kind einverstanden?			
Möchten Sie an unserem Recall-System teilnehmen (Erinnerung zur halbjährigen Vorsorgeuntersuchung)?			

Wie oft am Tag putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? _____ ☐ vor / ☐ nach den Mahlzeiten?

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

☐ gar keine ☐ fluoridfreie Kinderzahnpasta ☐ Kinderzahnpasta ☐ Junior- oder Erwachsenenzahnpasta

Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche? ☐ Wasser ☐ ungesüßter Tee ☐ Säfte ☐ Softdrinks ☐ anderes: _____

Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es? ☐ Schnullert es oder ☐ lutscht es am Daumen

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hat Ihr Kind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort / Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) _____