



## Kinderanamnese

Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern, mit der Beantwortung folgender Fragen erleichtern Sie uns die zahnärztliche Betreuung Ihres Kindes. Bitte füllen Sie daher die freien Zeilen sorgfältig aus u. kreuzen Sie Zutreffendes an - Vielen Dank!

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Wer ist der Versicherte Ihres Kindes?

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Wer ist Sorgeberechtigt?  
\_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?  ja  
pflichtversichert:  ja

Bisheriger Zahnarzt: \_\_\_\_\_

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

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken bei Ihrem Kind?

ja , welche? \_\_\_\_\_

1. Welches Anliegen hat Ihren Besuch veranlasst? \_\_\_\_\_
2. Hat sich Ihr Kind schon einmal an den Zähnen u./o. im Kopf-/Mundbereich verletzt? ja
3. Bis zu welchem Alter wurde/wird Ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_
4. Was war am Häufigsten in der Flasche? \_\_\_\_\_
5. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus der Tasse? \_\_\_\_\_

6. Welche Produkte bekommt Ihr Kind wie häufig? (bitte ankreuzen)

Produkt	Selten	1x wöchentl.	1-2x wöchentl.	3-6xwöchentl.	>6x wöchentl.	Nachts
Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unges. Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ges. Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Babytee (Granulat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kakao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säfte/Eistee/Limo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saftschorle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Produkt	Selten	1x wöchentl.	1-2 wöchentl.	3-6x wöchentl.	>6x wöchentl.	Nachts
Gummibärchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchschnitte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pudding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtjoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marmelade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bonbons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lutscher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockenobst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kekse, Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind? \_\_\_\_\_

8. Wie oft werden die Zähne geputzt? \_\_\_\_\_

9. Womit werden die Zähne geputzt? \_\_\_\_\_

10. Werden die Zähne kontrolliert? \_\_\_\_\_

11. Verwenden Sie 1x wöchentl. Elmexgelee? \_\_\_\_\_

12. Verwenden sie Xylitkaugummi? \_\_\_\_\_

13. Nutzen sie fluoridiertes Salz im Haushalt? \_\_\_\_\_

14. Hat Ihr Kind Fluortabletten bekommen? \_\_\_\_\_

**15. Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten?(bitte ankreuzen)**

Daumen lutschen

Schnuller

**16. Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche?(bitte ankreuzen)**

gut

mittel

schwierig

**17. Wie schätzen Sie die Behandlungsmöglichkeiten ein?**

gut

mittel

schwierig

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand und ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ich verpflichte mich ebenfalls, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24Std. im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

( Erziehungsberechtigte/r )