

# Kinderanamnesebogen



Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

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

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift des Versicherten: \_\_\_\_\_

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

Sehr geehrte Eltern,

um für die Behandlung Ihres Kindes geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte.

Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns? \_\_\_\_\_

	ja	nein
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gab es Schwierigkeiten bei der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?: _____		

Hat Ihr Kind Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Liegt ein zahnärztliches Untersuchungsheft vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

Hatte Ihr Kind einen Unfall unter Beteiligung des Gesichtsschädels oder im Bereich der Zähne?  ja  nein

In dieser Praxis wird das Spektrum der konventionellen Zahnmedizin durch einen ganzheitlichen Ansatz erweitert: Hierbei kommen u. a. moderne naturheilkundliche Verfahren, Homöopathie sowie die Akupunktur zum Einsatz.

	ja	nein
Legen Sie Wert auf die ganzheitliche Zahnmedizin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie über naturheilkundliche Behandlungsalternativen aufgeklärt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Legen Sie Wert auf Materialauswahl und Materialaustestungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Haben Sie Interesse an begleitenden Therapien wie Akupunktur/Vitamin D-Therapie/Amalgamauseitigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wünschen Sie für längere Eingriffe eine Aufklärung zur möglichen Lachgasbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

## Anamnesefragen:

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie oder Ihr Kind mit dem Aussehen seiner Zähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kann Ihr Kind gut abbeißen oder Kauen?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lutscht es am Daumen/Schnuller/sonstiges (Habbits)?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat Ihr Kind Zahnfleischbluten oder entzündetes Zahnfleisch?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Schwierigkeiten bei der Mundöffnung?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Knacken oder Reiben im Kiefergelenk?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Knirscht es mit den Zähnen?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## **Putzgewohnheiten:**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8. Putzt Ihr Kind selbständig seine Zähne?<br>Wie häufig?: _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Verwenden Sie fluoridhaltige Zahnpasta?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Möchten Sie über fluoridalternativen aufgeklärt werden?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Nimmt Ihr Kind regelmäßig zuckerhaltige Speisen zu sich?<br>Wenn ja, welche?: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wann wurde das letzte Röntgenbild im Zahn/ Kieferbereich gemacht? \_\_\_\_\_

## **Besteht oder bestand eine der folgenden Erkrankungen?**

- |   | ja                       | nein                     |                          | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Erkrankungen des Herzens?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kreislaufbeschwerden / niedriger Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma / Atemnot?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie oder Anfallsleiden?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten (Hepatitis / HIV)?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pyschische Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Unverträglichkeiten      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: _____                            |                          |                          |                          |                          |                          |

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Medikamenteneinnahme mit.**

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Möchten Sie an Ihre Vorsorge erinnert werden?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mail / Handynummer: _____ |                          |                          |

Ort, Datum

Unterschrift