



## Anamnesebogen der Zahnarztpraxis Behrendt Für unsere kleinen Patienten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Wir bitten Sie, uns etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Leidet es an Allergien, Asthma oder Heuschnupfen?  ja  nein

Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)?  ja  nein

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?  ja  nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?  ja  nein

Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?  ja  nein

Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?  ja  nein

Leidet es an Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC)?  ja  nein

Andere Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?  ja  nein

- Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?  
 gar nicht  manchmal  1 x täglich  2-3 mal täglich
- Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?  
 gar keine  fluoridfreie  Kinderzahnpasta  Erwachsenenzahnpasta
- Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?  
 Eltern  Kind  Eltern und Kind
- Wann putzen Sie Ihrem Kind regelmäßig die Zähne?  
 morgens  mittags  abends  
 vor den Mahlzeiten  nach den Mahlzeiten
- Womit putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?  
 Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste
- Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?  
 ja  nein
- Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?  
 ja  nein  weiß nicht
- Wird/ Wurde Ihr Kind gestillt?  
 ja  nein

9. Geben Sie Ihrem Kind zusätzlich Wasser oder andere Getränke?  
 ja  nein  
 Wenn ja, woraus?  
 Becher oder Tasse mit Trinkaufsatz  offene Becher ohne Trinkaufsatz
10. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?  
 Wasser  ungesüßter Tee  Apfelsaft  Wasser mit Geschmack  anderes \_\_\_\_\_
11. Welche Schnuller-/ Daumenlutschgewohnheiten hat Ihr Kind?  
 Es schnullert/ lutscht am Daumen:  
 nein  tags, wenn es müde ist  häufig zur Beruhigung  immer zum Einschlafen  
 Schnullert/ lutscht es tagsüber am Daumen?  
 ja  nein
12. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?  
 ja  nein  
 Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_
13. Für Welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)  
 \_\_\_\_\_
14. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind schon beim Zahnarzt oder im Krankenhaus?  
 \_\_\_\_\_

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren.

- Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?  ja  nein  
 Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchung?  ja  nein  
 Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?  ja  nein  
 Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen?  ja  nein

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

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

\_\_\_\_\_  
 Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift