

# Anamnesebogen für unsere kleinen Patienten



LEGROS  
ZAHNÄRZTE

Kind / Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Versicherter:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift:

PLZ	Wohnort	Straße
-----	---------	--------

Telefon

Privat	Mobil	Geschäftlich
--------	-------	--------------

Versicherung

Erziehungsberechtigter:

Mutter
  Vater
  beide

Kinderarzt

Name	Adresse	Telefonnummer
------	---------	---------------

Grund des heutigen Zahnarztbesuches?

Besteht eine Zahnarztangst?

Wie verliefen eventuell bisherige Zahnarztbehandlungen?

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund / Kieferbereich?

Hat Ihr Kind schon einmal eine Betäubungsspritze bekommen?

## Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma                         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen / Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Rheuma / rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Spastik, ADHS                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS)          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Geistige Verzögerung          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Blutes        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |

## Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?

- |  |   |                        |
|--|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angeborene oder erworbene Herzfehler? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzoperationen?                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | _____                  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:                            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein | _____                  |

## Bestehen sonstige Erkrankungen?

- |  |   |                           |
|--|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hat Ihr Kind Allergien?         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, gegen was? _____ |
| <input type="checkbox"/> Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____    |
| <input type="checkbox"/> Atmet Ihr Kind durch den Mund?  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |                           |

## Anamnese der Eltern

- |  |   |              |
|--|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Sind bei Ihnen Allergien bekannt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |              |
| <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?                  | Mutter: _____   | Vater: _____ |

## Ernährungsanamnese

- |   |                              |                                   |   |
|---|------------------------------|-----------------------------------|---|
| • Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten?                  | Ja <input type="radio"/>     |                                   | Nein <input type="radio"/>              |
| • Wenn ja, wie oft?                                 | Selten <input type="radio"/> | 1 x pro Tag <input type="radio"/> | Mehrmals täglich <input type="radio"/>  |
| • Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück?                |                              |                                   |   |
| ▪ Tee mit Zucker?                                   | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Tee ohne Zucker?                                  | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Milch?  | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Kakao?  | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Fruchtsaft?                                       | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Wasser?   | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| • Was isst Ihr Kind zum Frühstück?                  |                              |                                   |   |
| ▪ Marmeladen- / Nutella-Brot                        | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Käse- / Wurst-Brot                                | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Müsli   | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Cornflakes  | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| • Was isst Ihr Kind in der Schulpause?              |                              |                                   |   |
| ▪ Belegte Brote                                     | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Obst / Gemüse                                     | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Süßigkeiten                                       | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| • Was isst Ihr Kind zum Mittagessen?                |                              |                                   |   |
| ▪ Bitte kurze Stichpunkte:                          | <hr/>                        |                                   |   |
| • Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?              |                              |                                   |   |
| ▪ (Mineral)-Wasser                                  | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Limonade (Cola, Orangen-, Zitronenlimonade etc.)  | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Tee gesüßt  | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Tee ungesüßt                                      | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Milch   | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Kakao   | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| ▪ Saft  | Ja <input type="radio"/>     | Manchmal <input type="radio"/>    | Nein <input type="radio"/>              |
| • Was isst Ihr Kind im Tagesverlauf?                |                              |                                   |   |
| ▪ Bitte kurze Stichpunkte:                          | <hr/>                        |                                   |   |
| • Wie lange wurde ihr Kind gestillt?                | _____Jahre                   |                                   |   |
| • Wie lange hat ihr Kind aus der Flasche getrunken? | _____Jahre                   |                                   | Trinkt immer noch <input type="radio"/> |

## Mundhygiene-Anamnese

- |   |                                       |   |  |
|---|---------------------------------------|---|--|
| • Wer putzt die Zähne?                                  | Kind selbst <input type="radio"/>     | Kind mit Eltern-Hilfe <input type="radio"/> | Nur Eltern <input type="radio"/>         |
| • Wann werden die Zähne geputzt?                        |                                       |   |  |
| ▪ Vor dem Frühstück                                     | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |
| ▪ Nach dem Frühstück                                    | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |
| ▪ Nach dem Mittagessen                                  | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |
| ▪ Sofort nach dem Abendessen                            | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |
| ▪ Kurz vor dem zu Bett gehen                            | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |
| • Womit werden die Zähne gereinigt?                     |                                       |   |  |
| ▪ Zahnbürste  | Hand-Zahnbürste <input type="radio"/> |   | Elektr. Zahnbürste <input type="radio"/> |
| ▪ Zahnseide   | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |
| ▪ Munddusche  | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |
| • Welche Zahnpasta benutzt ihr Kind?                    |                                       |   |  |
| ▪ Name der Zahnpasta:                                   | <hr/>                                 |   |  |
| ▪ Enthält die Pasta Fluorid?                            | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |
| • Erhält Ihr Kind Fluorid und wenn ja, in welcher Form? |                                       |   |  |
| ▪ Fluorid-Tabletten (Fluoretten)                        | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |
| ▪ Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gel)                          | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |
| ▪ Fluoridiertes Speisesalz                              | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |
| ▪ Fluoridierung beim Zahnarzt                           | Ja <input type="radio"/>              |   | Nein <input type="radio"/>               |

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, Ihre Verhinderung anzuzeigen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls müssen wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter



LEGROS  
ZAHNÄRZTE