

KINDERANAMNESEBOGEN

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Liebe Eltern!

Um uns in Ruhe der Mundgesundheit Ihres Kindes zu widmen, benötigen wir zunächst neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß und teilen Sie uns Änderungen des Gesundheitszustands und des Versicherungsstatus mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und können auf Wunsch auch dem behandelnden Arzt persönlich mitgeteilt werden.

Ihr Praxisteam Dr. Hüren & Kollegen

Kind

Name / Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ	Ort

Mutter/Vater/Erziehungsberechtigter

Name / Vorname Erziehungsberechtigte (Mutter)	Geburtsdatum
Name / Vorname Erziehungsberechtigter (Vater)	Geburtsdatum
Telefon privat	Telefon tagsüber
Telefon Mobil	E-Mail

Das Kind ist mitversichert über

- ☐ Mutter ☐ Vater
☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ privater Basistarif

Krankenkasse	Mitgliedsnummer
--------------	-----------------

Wer ist Ihr Kinderarzt?

Name	Ort
Telefonnummer	

Hinweis zur Organisation

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Ihr Kind reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir haben am vereinbarten Termin ausreichend Zeit für Ihr Kind. Bei einer Terminverhinderung ist dies spätestens 24 Stunden vorher mitzuteilen.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ durch Empfehlung ☐ Internet ☐ Telefon-/Branchenbuch ☐ Zeitungsanzeige

Überweisung von: _____ Sonstiges: _____

Möchten Sie von uns zwei Tage vor Ihrem geplanten Termin erinnert werden? ☐ Ja ☐ Nein

- ☐ per E-Mail ☐ per SMS

Möchten Sie von uns an die regelmäßige Vorsorgeuntersuchung bzw. Prophylaxe erinnert werden? ☐ Ja ☐ Nein

Möchten Sie unseren Praxis-Newsletter per E-Mail erhalten? ☐ Ja ☐ Nein

Wünschen Sie Informationen zur beruhigenden und schmerzstillenden Lachgas-Sedierung ☐ Ja ☐ Nein

- bitte wenden -

Allgemeine Fragen

Warum kommt Ihr Kind heute zu uns?

Routineuntersuchung ☐ Schmerzen ☐

andere Gründe: _____

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie verlief dieser Besuch? _____

Hatte Ihr Kind Angst vor dem Zahnarztbesuch? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Lutscht Ihr Kind oder hat es gelutscht? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, womit? _____

Welche Hobbys oder Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind?

Kuscheltiere werden gerne mit untersucht!

Gesundheitsfragen

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung?
(Diabetes, Magen-Darm, innere Organe, Gerinnungsstörungen, ADIS, Hepatitis, geistige Behinderung, etc.)

☐ Ja ☐ Nein

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen des Nervensystems? (Krampfleiden, Epilepsie, etc.)

☐ Ja ☐ Nein

Liegen Herzerkrankungen vor?
(Herzfehler, Herzgeräusche, etc.)

☐ Ja ☐ Nein

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber bestimmten Stoffen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall oder eine Operation?

☐ Ja ☐ Nein

Verliefen Geburt und Schwangerschaft normal?

☐ Ja ☐ Nein

Ernährungsfragen

Was isst oder trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

Tee ☐ Brot ☐

Kakao ☐ Müsli ☐

Milch ☐ Marmelade ☐

Saft ☐ Nutella ☐

Limonade ☐ Käse/Wurst ☐

Sonstiges _____

Was gibt es als Zwischenmahlzeit?

belegtes Brot ☐ Kuchen ☐

Obst ☐ Chips ☐

Süßigkeiten ☐ Joghurt ☐

Sonstiges _____

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

Wasser ☐ Kakao ☐

Limonade ☐ Milch ☐

Saft ☐ Tee ☐

Sonstiges _____

Was isst und trinkt Ihr Kind zum Abendessen?

Mundhygiene

Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt:

vom Kind alleine ☐ weniger als 1 mal täglich ☐

mit Hilfe der Eltern ☐ 1 mal täglich ☐

von den Eltern ☐ mehr als 1 mal täglich ☐

Womit werden die Zähne geputzt?

von Hand ☐ Zahncreme mit Fluorid ☐

elektrisch ☐ Zahncreme ohne Fluorid ☐

Nimmt Ihr Kind ansonsten Fluorid zu sich?

Fluoretten ☐ Fluorid-Gel ☐

fluoridiertes Speisesalz ☐ Fluorid-Mundspülung ☐

Fragen / Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben sofort mit.

Datum

Unterschrift
