



die zahnärztinnen

natalie kühne und kolleginnen

Kinderanamnesebogen

Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Schön das ihr hier seid.
Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert und
bitten Sie deshalb, folgende Fragen zu beantworten.

Name, Vorname des Kindes

Spitzname

Geburtsdatum und Geburtsort

Hobbies, Lieblingsfilme, Lieblingsspielzeug o.ä.

Straße / Hausnummer

Wohnort

Telefonnummer

Mobiltelefon

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten (Erziehungsberechtigten)

Geburtsdatum



Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes: ja nein

Anmerkung: _____

Allergien: ja nein Allergiepass: ja nein

Welche Allergien sind bekannt? _____

Hat / Hatte Ihr Kind nachfolgend bekannte Erkrankungen?

Regelmäßige Medikamenteneinnahmen? ja nein

Welche Medikamente? _____

Ist Ihr Kind z.Z. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Warum? _____

Einschränkungen von Sehkraft Gehör Sonstiges: _____

Gelbsucht Herzerkrankungen Lunge / Asthma

Diabetes Nierenerkrankung Krampfanfälle

ADHS / ADS Blutgerinnungsstörung Angstzustände

Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß Obst gemischt Fast Food

deftig Fruchtsäfte Limonade Mineralwasser

Tee gesüßt Tee ungesüßt Isst: wenig viel unkontrolliert

Lieblingssessen: _____



Zahnmedizinische Anamnese

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? ja nein

Welche? Daumen/Finger Schnuller Sonstiges _____

Putzt Ihr Kind alleine die Zähne? ja nein

Handzahnbürste ekeltrische Zahnbürste Wie oft? _____

Kieferorthopädische Behandlung: ja nein

Hat Ihr Kind Beschwerden? ja nein

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

Welche Leistungen sind für Sie interessant, worüber möchten Sie informiert werden?

Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe

Kariesrisikotest Ernährungsberatung Hochwertige Füllung

Zusatzleistungen Zusatzversicherung

Eigene Fragen? _____

Grund Ihres Besuches _____

Erster Besuch beim Zahnarzt? ja nein

Hat Ihr Kind Angst? ja nein

Dürfen wir Sie auf die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnern? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wünschen Sie Erinnerungen an den Prophylaxetermin (Recall)

Ja, per SMS Email Post Nein Danke

Vielen Dank für Ihre Hilfe. Bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit wenn sich etwas ändert.

Datum | _____
Unterschrift