

Anamnesebogen für Kinder

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

Alter des Kindes (Monate): _____ Muttersprache: _____

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Bei welchem Arzt? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Leidet es an Allergien(Jod), 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 (Hepatitis, HIV, TBC)? Ja Nein

Andere Erkrankungen? _____ Ja Nein

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja Nein

1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

- gar nicht manchmal 1 x täglich 2 – 3 x täglich
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

- gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta
 Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid) Kinderzahnpasta (1.000 ppm Fluorid)
 Junior- oder Erwachsenenzahnpasta (1.400 bis 1.450 ppm Fluorid)

3. Welche Menge Kinderzahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind bei jedem Zähneputzen?

- Reiskorngröße Erbsengröße

4. Darf ihr Kind in der Krippe/Tagespflege/Kita das Zähneputzen mit der Bezugsperson üben?

- ja nein
 mit einer Erbse Kinderzahnpasta (500 ppm F⁻) mit einem Reiskorn Kinderzahnpasta (1.000 ppm F⁻)
 mit einer fluoridfreien Kinderzahnpasta

5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

- Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein

7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein weiß nicht

8. Wird/wurde Ihr Kind gestillt? ja nein

9. Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke? ja nein
 Wenn ja, woraus? Tasse/Becher mit Trinkaufsatz
 offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz
10. Was bekommt ihr Kind in der Krippe/Tagespflege/Kita den ganzen Tag zu trinken?
 Wasser ungesüßter Tee Saftschorle Saft
 Woraus? Tasse/Becher mit Trinkaufsatz offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz
11. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken? ja nein
 Wenn ja: wie? Brust Flasche Becher mit Trinkaufsatz andere: _____
12. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche? Wasser ungesüßter Tee Apfelsaft Eistee
 anderes _____
13. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? _____ (Jahr /Monat)
14. Bekommt Ihr Kind schon Beikost? ja nein
 Wenn ja, welche? _____
15. Ist der Vormittag in Krippe/Tagespflege eine „Zuckerpause“ für die Zähne Ihres Kindes? Zuckerpause bedeutet es gibt zum zweiten Frühstück ausschließlich kauaktive Lebensmittel ohne zugesetzten Zucker bzw. Zuckerkonzentrate. ja nein
16. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?
 Es schnullert/lutscht am Daumen : nein tags, wenn es müde ist
 häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen
- Schnullert es /lutscht es nachts am Daumen? ja nein
 Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen? ja nein
17. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein
 Wenn ja, wann? _____ warum? _____
18. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)

17. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik? keine

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.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z.B. Mutter des Kindes): _____

- 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 Prophylaxe-Programm teilgenommen? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hier noch ein Hinweis:

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und die Angebote ab dem 6. Geburtstag für regelmäßige individuelle Prophylaxe, sie sind in den meisten Fällen ausreichend. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.

Vorschlag für einen Patienten-Aufnahmebogen

Nachname, Vorname (Patient/in)

Geburtsort , Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum

Krankenkasse / bitte auch private
Zusatzversicherung angeben

Adresse

Telefon: privat

mobil

geschäftlich

Kinderärztin/Kinderarzt - Name, Adresse, Telefon

Kieferorthopäde / Kieferorthopädin - Name, Adresse, Telefon

Logopäde / Logopädin - Name, Adresse, Telefon

weitere mitbehandelnde Ärzte / Ärztinnen (z.B. Homöopath, Osteopath) - Name, Adresse, Telefon

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)

Geburtsdatum

Adresse

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r