

# Zahnarztpraxis Dr. Vera Hentrich

## Anamnesebogen für Kinder

### Kind:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_.\_\_.\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Versicherung:

gesetzl. Versichert  privat Versichert  
Das Kind ist mitversichert bei  Elternteil 1  Elternteil 2

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Elternteil 1:

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

Geb.: \_\_.\_\_.\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

### Elternteil 2:

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

Geb.: \_\_.\_\_.\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

### Sorgerecht:

Elternteil 1&2  Elternteil 1  Elternteil 2  andere: \_\_\_\_\_

### Behandelnder Kinderarzt:

Name: \_\_\_\_\_

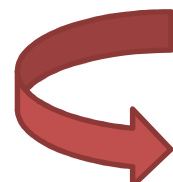
Stadt: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine kostenlose Erinnerung an die ½ jährliche Kontrolle Ihres Kindes?

ja  nein

wenn ja:  per Anruf  per E-Mail \_\_\_\_\_

Bitte wenden



Ist Ihr Kind entspannt  oder eher angespannt  ?

Der letzte Zahnarztbesuch war wann? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-/ Kieferbereich? \_\_\_\_\_

Bekam es häufig Medikamente? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Geschwister? \_\_\_\_\_ Wie viele? \_\_\_\_ Alter? \_\_\_\_\_

Hatte oder hat Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?  ja  nein

- angeborener oder erworbener Herzfehler
- Herzoperation
- Sonstiges

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Trifft eine der folgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung                   | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung        | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit     |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung               | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung  | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung     |
| <input type="checkbox"/> Krampfleiden( Epilepsie)         | <input type="checkbox"/> Magen-Darm- Erkrankungen | <input type="checkbox"/> HIV, Hepatitis, TBC |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen               | <input type="checkbox"/> Unfälle                  |  |
| <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche? _____ |   |  |

Nimmt Ihr Kind Medikamente?  ja  nein

Welche: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

#### Zahnpflege:

##### Die Zähne werden geputzt

- vom Kind selbst
- von den Eltern
- mit Hilfe der Eltern

##### Benutzen Sie:

- Kinderzahnpaste mit Fluorid
- Erwachsenenzahnpaste mit Fluorid
- Fluoridgel
- Mundspüllösung mit Fluorid
- Fluoridtabletten
- Fluoridierung beim Zahnarzt
- Kochsalz mit Fluorid

##### Womit werden die Zähne geputzt

- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- Zahnseide
- andere Hilfsmittel

---

Datum, Unterschrift