

## Anamnesebogen Kind

Nachname, Vorname (Patient/in)	Geburtsdatum, Geburtsort	
Nachname, Vorname (Versicherter)	Geburtsdatum	Krankenkasse
Anschrift Mutter	Anschrift Vater	

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  \_\_\_\_\_  
Wenn ja, 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 eine Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankung? 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  vor den Mahlzeiten  nach den Mahlzeiten

1 x täglich  2 – 3 x täglich

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind? 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. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes? Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

5. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten oder fluoridiertes Speisesalz? Ja   Nein

6. Wird/wurde Ihr Kind gestillt? Ja   Nein

7. Was bekommt ihr Kind in der Krippe/Tagespflege/Kita den ganzen Tag zu trinken?

Wasser  ungesüßter Tee  Saftschorle  Saft

8. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken? Ja   Nein

Wenn ja: wie? Brust  Flasche  Becher mit Trinkaufsatz

9. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche? Wasser  ungesüßter Tee  Apfelsaft

Eistee oder anderes \_\_\_\_\_

10. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? (Jahr /Monat) \_\_\_\_\_

11. Bekommt Ihr Kind schon Beikost? Ja   Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

12. 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

13. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

Mein Kind lutscht am Daumen Ja   Nein Mein Kind hat einen Schnuller Ja   Nein

14. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? Ja   Nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann? Warum?

15. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)

\_\_\_\_\_

16. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?  keine \_\_\_\_\_

andere

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

### 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.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: