

Anamnesebogen Schulkind

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: _____ Muttersprache: _____

Beindet 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 Diabetes oder eine Schilddrüsenerkrankungen? Ja ☐ ☐ Nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? Ja ☐ ☐ Nein

Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? Ja ☐ ☐ Nein

Andere Erkrankungen? _____

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

1. Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?

gar nicht ☐ vor den Mahlzeiten ☐ nach den Mahlzeiten ☐

1 x täglich ☐ 2 – 3 x täglich ☐

2. Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind?

gar keine ☐ fluoridfreie Kinderzahnpasta ☐

Kinderzahnpasta ☐ Junior- oder Erwachsenenzahnpasta (1.400 bis 1.450 ppm Fluorid) ☐

3. Welche Menge Kinderzahnpasta verwendet Ihr Kind bei jedem Zähneputzen? Reiskorngröße ☐ Erbsengröße ☐

4. Womit putzt Ihr Kind die Zähne?

Handzahnbürste ☐

elektrische Zahnbürste ☐

5. Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach?

Ja ☐ ☐ Nein

6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

Ja ☐ ☐ Nein

7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?

Ja ☐ ☐ Nein

8. Was bekommt ihr Kind in der Schule den ganzen Tag zu trinken?

Wasser ☐

ungesüßter Tee ☐

Saftschorle ☐

Saft ☐

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

Ja ☐ ☐ Nein

Wenn ja: was?:

10. Ist der Vormittag in der Schule eine „Zuckerpause“ für die Zähne Ihres Kindes? Zuckerpause bedeutet es gibt zum zweiten Frühstück ausschließlich kauaktive Lebensmittel ohne zugesetzten Zucker bzw. Zuckerkonzentrate.

Ja ☐ ☐ Nein

11. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?

Ja ☐ ☐ Nein

Wenn ja, wann? _____ Warum? _____

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

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

☐ keine

andere _____

14. Befindet sich Ihr Kind bereits in kieferorthopädischer Behandlung ?

Ja ☐ ☐ Nein

15. Befindet oder befand sich Ihr Kind in logopädischer Behandlung ?

Ja ☐ ☐ Nein

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: