

# ANAMNESEBOGEN



NAME: \_\_\_\_\_ GEB.-DATUM: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern, für eine optimale Behandlung Ihres Kindes sind einige Angaben nötig.  
Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie die entsprechenden Antworten an.

## MEDIZINISCHE ANAMNESE/ALLGEMEINGESUNDHEIT

| Hat ihr Kind:   | ja | nein |
|---|----|------|
| Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen erhalten? (Impfpass)               |    |      |
| Asthma oder Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung?         |    |      |
| Allergien? Wenn ja, welche:   |    |      |
| Infektionskrankheiten wie Hepatitis, Tuberkulose, HIV?                      |    |      |
| Blutkrankheiten oder Blutungsneigungen (blutet Ihr Kind länger als üblich)? |    |      |
| Herzfehler, -geräusch oder Herzerkrankung? Welche:<br>Herzpass seit:        |    |      |
| Kreislaufbeschwerden oder Ohnmachtsneigung?                                 |    |      |
| Leber- oder Nierenerkrankung?   |    |      |
| Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?                                      |    |      |
| Arzneimittelüberempfindlichkeiten? (z.B. Penicillin)                        |    |      |
| Lernschwäche oder Sprachprobleme?   |    |      |
| Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?                             |    |      |
| Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?                                    |    |      |
| Spastik oder veränderten Muskeltonus?                                       |    |      |
| Hörprobleme oder Taubheit?  |    |      |
| Sehchwäche oder Blindheit   |    |      |
| Sonstige angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?        |    |      |
| Befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Betreuung?                         |    |      |
| War Ihr Kind bereits im Krankenhaus? Außer bei der Geburt?                  |    |      |
| Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche:                         |    |      |

## ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

|  |  |  |
|--|--|--|
| War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?  |  |  |
| Hat / hatte Ihr Kind jemals Zahnschmerzen?   |  |  |
| Hat Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?                    |  |  |
| Hat Ihr Kind von unangenehmen Arztbesuchen im Bekanntenkreis gehört?                 |  |  |
| Hat Ihr Kind Probleme mit seinen Zähnen?<br>Wenn ja, welche?                         |  |  |
| Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?<br>Wenn ja, wann? |  |  |

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

### FRAGEN ZU ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN UND FLUORIDNUTZUNG

|  | ja | nein |
|--|----|------|
| Ist Ihr Kind gestillt worden? Wenn ja, wie lange:  |    |      |
| Benutzt Ihr Kind noch Daumen oder Schnuller zum Lutschen?  |    |      |
| Hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken? Wenn ja, wie lange?<br>Was war/ist in der Nuckelflasche? |    |      |
| Isst Ihr Kind viel Süßes? Was?   |    |      |
| Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind?  |    |      |
| Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?  |    |      |
| Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese ein?<br>Wenn ja, vom _____ bis _____        |    |      |
| Wird mit fluoridierter Zahnpasta geputzt? Welche wird genutzt?   |    |      |
| Werden Mundspüllösungen verwandt? Welche?  |    |      |
| Wird Fluoridgelee verwendet? Elmex Gelee?<br>Wenn ja, wie häufig?                                      |    |      |

### SPEZIELLE FRAGEN ZUR KINDERBEHANDLUNG

Viele Kinder haben oder entwickeln Angst vor der zahnärztlichen Behandlung. Darum sind folgende Fragen besonders wichtig für uns und wir brauchen die Unterstützung der Eltern

|   | ja | nein |
|---|----|------|
| Reagiert Ihr Kind oft ängstlich auf Ärzte, neue Situationen, Tiere, schlechte Noten... ?  |    |      |
| Hat Ihr Kind speziell Zahnarztangst? Wenn ja, was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser?<br><input type="checkbox"/> Berührung <input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/> Weißer Kittel <input type="checkbox"/> Geschmack<br><input type="checkbox"/> Gefühl <input type="checkbox"/> Behandlungs- <input type="checkbox"/> Gefühl <input type="checkbox"/> Spritze<br>während der      stuhl      hinterher<br>Behandlung<br><input type="checkbox"/> Instrumente <input type="checkbox"/> Gerüche |    |      |
| Haben Sie als Eltern Angst vorm Zahnarzt?   |    |      |
| Erwarten Sie bei der heutigen Behandlung Probleme?  |    |      |
| Ist Ihr Kind besonders geräuschempfindlich?   |    |      |
| Ist Ihr Kind wasserscheu/empfindlich gegenüber Wasser?  |    |      |
| Ist Ihr Kind besonders lichtempfindlich?  |    |      |
| Ich bin damit einverstanden, dass ich telefonisch oder per Post an den nächsten Vorsorgetermin erinnert werde.  |    |      |
| Lieblingsspeise: _____  |    |      |
| Lieblingsspielzeug: _____   |    |      |

Datum:

Unterschrift: