

LIEBE ELTERN,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten.  
Mit dem Ausfüllen des Fragebogens tragen Sie dazu bei, dass wir den Gesundheitszustand Ihres Kindes gut beurteilen sowie Sie und Ihr Kind besser beraten und gezielt behandeln können.

## PATIENT

Name	Vorname
Geburtsort	Geburtsdatum (TT/MM/JJ)

## VERSICHERT ÜBER

Name	Vorname
Titel	Geburtsdatum (TT/MM/JJ)
Beruf	Straße und Hausnummer
PLZ	Stadt
Land	Telefon
E-Mail	Mobil
Krankenkasse	Zusatzversicherung
Aktueller Arbeitgeber	Anschrift Arbeitgeber

## ALLGEMEINE ANGABEN

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

## ALLERGIEN

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepass?  Ja  Nein

Welche Allergien liegen bei Ihrem Kind vor?

Wenn ja, welche?

---

## HERZERKRANKUNGEN

- Angeborene oder erworbene Herzfehler  
 Herzklappenfehler  
 Endokarditis  
 Herzoperationen

 Sonstiges: 

---

## ANDERE ERKRANKUNGEN

- Asthma oder Lungenerkrankungen  
 Nervenerkrankungen  
 Epilepsie  
 Infektionskrankheiten

 Sonstiges: 

---

## BLUTERKRANKUNGEN

- Blutgerinnungsstörungen  
 Blutungsneigung (Hämophilie)  
 Blutarmut (Anämie)

 Sonstiges: 

---

## SCHWANGERSCHAFT

Gab es in der Schwangerschaft Probleme?  Ja  NeinMussten Sie Medikamente einnehmen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

# ANAMNESEBOGEN KIDS

## GEBURT

Gab es Probleme vor oder nach der Geburt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Wurden Medikamente eingesetzt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

## KIND

Wann hat Ihr Kind den ersten Zahn bekommen?

---

Gab es Schwierigkeiten beim Zahnen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Hat Ihr Kind im 1. Jahr Medikamente bekommen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

## GEWOHNHEITEN

Lutscht es am Daumen?  Ja  Nein

Hatte Ihr Kind einen Schnuller?  Ja  Nein

Bis zu welchem Alter?

---

## AUFFÄLLIGKEITEN IM SCHLAF

Schnarcht Ihr Kind (auch wenn es nicht erkältet ist) regelmäßig?  Ja  Nein

Hören Sie Atemaussetzer?  Ja  Nein

Mundhaltung des Kindes im Schlaf  
offen oder geschlossen?  offen  geschlossen

## SPRACHFEHLER

Besteht ein Sprachfehler?  Ja  Nein

Wenn ja, welcher?

---

Ist oder war Ihr Kind in logopädischer Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, bei wem?

---

Wird Ihr Kind speziell gefördert (Ergotherapie) etc.?  Ja  Nein

## WEITERE BEHANDLUNGEN

Ist oder war Ihr Kind jemals in orthopädischer /  
physiotherapeutischer Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, warum?

---

## ZAHNFEHLSTELLUNGEN

Gibt es familiäre Auffälligkeiten der Zahnstellung?  Ja  Nein

Sind Spangenbehandlungen oder Operationen erfolgt?  Ja  Nein

## HEIMISCHE ZAHNPFLEGE

Wie putzt Ihr Kind seine Zähne?  manuell  elektrisch

Wird beim Zähneputzen fluoridhaltige Zahnpaste verwendet?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese ein?  Ja  Nein

Wenn ja, von (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ bis (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

## SPORTLICHE AKTIVITÄT

Treibt es regelmäßig Sport?  Ja  Nein

Wenn ja, welchen?

---

## TRINKGEWOHNHEITEN

Welche Getränke nimmt Ihr Kind vorwiegend zu sich?

- Ungesüßte Getränke
- Ungesüßte Getränke mit Kohlensäure
- Gesüßte Getränke
- Gesüßte Getränke mit Kohlensäure

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## ZAHNARZTBESUCH

Wann war der letzte Zahnarztbesuch Ihres Kindes? (Monat/Jahr)

---

Was ist der Anlass für den heutigen Zahnarztbesuch?

---

# ANAMNESEBOGEN KIDS

## ANGST

Hat Ihr Kind schon einmal schlechte Erfahrungen bei einem Zahnarzt gemacht?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind speziell Zahnarztangst?  Ja  Nein

Wenn ja, was ist Ihrer Meinung nach Auslöser für die Angst Ihres Kindes?

- Berührung
- Geschmack
- Behandlungsstuhl
- Schmerz
- Spritze
- Gefühl während der Behandlung
- Gefühl hinterher
- Weißer Kittel
- Instrumente
- Typische Gerüche

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sind Sie einverstanden, dass Sie den Behandlungsraum verlassen, wenn Ihr Kind bei einfachen, schmerzfreien Maßnahmen (z. B. Zähneputzen oder Zähne anschauen) nicht mitarbeiten will?  Ja  Nein

## BERATUNG

Möchten Sie an das Vorsorgeprogramm erinnert werden? (Wenn ja, werden Sie schriftlich benachrichtigt.)  Ja  Nein

Nochmals vielen Dank für das sorgfältige Ausfüllen des Fragebogens. Sollte Ihnen das Beantworten der Fragen in einem der Punkte Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte direkt darauf an.

Sollte sich der Gesundheitszustand meines Kindes, ggf. verbunden mit der Einnahme von Medikamenten, ändern, werde ich als Erziehungsberechtigte/r dies selbstverständlich der Zahnarztpraxis Zahnalb mitteilen.

## DATENSCHUTZ

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt bzw. meine Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf/dürfen. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung fehlerhafter Daten, auf Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

- Ich willige ein
- Ich willige nicht ein

Datum, Unterschrift des Arztes

## KINDERARZT

Name und Anschrift des Kinderarztes:

## FRAGE ZUM ABSCHLUSS

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Familie / Freunde / Bekannte
- Überweiser

- Internetseite
- Google
- Jameda

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten