



Zahnarztpraxis Dr. Grumann

KINDER-ANAMNESEBOGEN für das 1-5 . Lebensjahr

Liebe Eltern !

Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert. Deshalb bitten wir Sie, diesen speziellen Kinder-Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, helfen uns, Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen.

Beim Zahnarztbesuch mit Ihrem Kind ist Ihre Unterstützung wichtig.

Bitte vermitteln Sie keine negativen Zahnarztbilder. Kommen Sie stattdessen frühzeitig und regelmäßig zu unserer Prophylaxe für Kinder. Der Zahnschmelz der Milchzähne ist vergleichsweise dünn und erhöht die Anfälligkeit der Zähne für Karies. Ebenfalls ist die Schmelzstruktur für eine Füllungstherapie nicht optimal aufgebaut, umso wichtiger ist die Prävention und Prophylaxe.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

Ihr Praxisteam Dr. Ljiljana Grumann

Persönliches

Name/Vorname des Kindes _____ Geburtsdatum _____

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Tel. geschäftlich _____

Familienversichert bei : Vater Mutter Name (Hauptversicherer): _____

Geburtsdatum: _____

Name der Krankenkasse: _____

gesetzlich privat Zusatzversicherung : Name _____

Wer ist der Kinderarzt ?

Kinderarzt/-ärztin: _____

Name, Adresse, Telefon

weiter mitbehandelnde Ärzte/Ärztinnen (z.B. Homöopath, Osteopath, Logopäde):

Name, Adresse, Telefon

Name, Adresse, Telefon

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren:

Allgemeine Fragen :

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll- /Vorsorgeuntersuchung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind bereits eine Karies? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Allgemeine Anamnese

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bei welchem Arzt? _____ | | |
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Leidet es an Allergien(Jod), Asthma oder Heuschnupfen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind eine Latexallergie auf Luftballons, Gummihandschuhe? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind Nasen – Nebenhöhlenerkrankung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Andere Erkrankungen? _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Spezielle Anamnese

Normale Entwicklung des Kindes Ja Nein
Anmerkungen _____

Gab es Probleme bei der Schwangerschaft / Geburt:
 unauffällig / normal Kaiserschnitt Zangengeburt

Anmerkungen _____

1. Wie **oft** putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?
 gar nicht manchmal 1 x täglich 2 – 3 x täglich
2. Welche **Zahnpasta** verwenden Sie für Ihr Kind?
 gar keine Fluorid freie Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid) Erwachsenenzahnpasta (über 1000 ppm Fluorid)
3. Wer **putzt** die Zähne bei Ihrem Kind?
 Eltern Kind Eltern und Kind
4. Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?
 morgens mittags abends
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten
5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?
 Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
6. Geben Sie Ihrem Kind **Fluoridtabletten**? Ja Nein
7. Benutzen Sie **fluoridiertes Speisesalz**? Ja Nein weiß nicht
8. Wird / wurde Ihr Kind **gestillt**? Ja Nein
9. Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich **Wasser** oder andere Getränke? Ja Nein
Wenn ja, woraus? Tasse/Becher mit Trinkaufsatz
 offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz
10. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken? Ja Nein
Wenn ja: wie? Brust Flasche Becher mit Trinkaufsatz andere: _____
11. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?
 Wasser ungesüßter Tee Apfelsaft Eistee anderes _____
12. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? _____ (Jahr /Monat)
13. Bekommt Ihr Kind schon Beikost? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
14. Welche **Schnullergewohnheiten** bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?
Es schnullert/lutscht am Daumen : nein tags, wenn es müde ist
 häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen
Schnullert es /lutscht es nachts am Daumen? Ja Nein
Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen? Ja Nein

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

16. Lieblings Tier ? _____
Lieblingskuscheltier (bitte mitbringen, wenn ihr Kind das möchte): _____

17. Liegen **Schlafstörungen / Konzentrationsstörungen** vor ? Ja Nein

18. Wie **atmet** ihr Kind? Durch die Nase Mund weiß ich nicht

19. Kennen Sie das individuelle funktionelle und bakterielle **Karies Risiko** Ihre Kindes?
 ja nein wünsche mehr Information darüber

Wir können vor Ort das Karies Risiko Ihres Kindes bestimmen: Speichel und Bakterientest .

20. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?

ja nein (Erstbesuch)

Wenn ja, wann? Warum? _____

Wenn ja, wie ist das Verhältnis zum Zahnarzt? Sehr gut weniger gut gar nicht gut

Was ist der Grund des heutigen Besuches ? _____

Zum Schluss

Bitte teilen Sie uns Änderungen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes (z.B.Allergien) mit, damit wir diese berücksichtigen können.

Dürfen wir Sie an die Vorsorgeuntersuchung erinnern Nein Ja , 1x Jahr 2 x Jahr

Herzlichen Dank, Sie haben uns geholfen, noch individueller auf Ihre Wünsche einzugehen.

Wir nehmen uns Zeit für Sie und Ihr Kind! Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um frühzeitige Absage. Bei Kurzbehandlung 12 h, und bei einer Langzeitbehandlung 48 Std. vorher. Ansonsten werden wir Ihnen den Ausfall in Rechnung stellen müssen.

Wir laden Sie gerne ein uns als Praxis auf [google](#) zu bewerten.

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bewertung durch Zahnarzt:

Zahnstellung	
Atmung	
Gesichtsentwicklung	
Muskeltonus (Lippenkraft)	
Zungendysfunktion	
Habits	