

Kinder - Anamnese



Zahnarztpraxis Dr. S. Engel

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst genau. Sie erleichtern uns damit die Behandlung Ihres Kindes. Alle Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Familieversichert bei (mit Geb.datum) : _____

Telefonnummer privat /dienstl.: _____

Gab es bei der Geburt Ihres Kindes oder im 1. LJ Komplikationen ?

Wenn ja, welche ? _____

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

nein

ja

Wenn ja, weshalb? _____

Kinderarzt/Hausarzt _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ?

nein

ja

Wenn ja, welche? _____

Wurden bei Ihrem Kind in den letzten 3 Jahren Röntgenaufnahmen des Schädels oder der Zähne gemacht? Wenn ja, wann?

nein

ja

Hatte oder hat Ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankungen:

nein

ja

wenn ja, welche? _____

Lungenerkrankungen:

nein

ja

Hepatitis:

nein

ja

Diabetes:

nein

ja

Anfallsleiden:

nein

ja

Nierenleiden:

nein

ja

Schilddrüsenerkrankungen:

nein

ja

Allergien

nein

ja

wenn ja, welche? _____

andere Erkrankungen (u.a. AD(H)S, Rheuma, Augen- oder Ohrenerkrankungen):

Gibt es Medikamente, die Ihr Kind nicht verträgt?

nein

ja

Wenn ja, welche? _____

Sollte Ihr Kind einmal alleine zu uns kommen, bestätigen Sie hiermit Ihre Einwilligung zur Durchführung einer Behandlung!

(diese Einwilligung gilt bis auf Widerruf)

nein

ja



Darf bei Ihrem Kind für die Behandlung eine örtliche Betäubung benutzt werden?

(diese Einwilligung gilt bis auf Widerruf)

nein

ja

Gab es bei Ihrem Kind nach einer örtlichen Betäubung beim Zahnarzt schon einmal Komplikationen?

nein

ja

Als Füllungsmaterial darf ab dem 6. Lebensjahr Amalgam verwendet werden!

(diese Einwilligung gilt bis auf Widerruf)

nein

ja

Fragen zur Kariesprophylaxe

Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten ?

nein

ja

Verwendet Ihr Kind

- Zahnpasta mit Fluorid ?

ohne Fluorid

Kinderzahnpasta

Junior- bzw. Erwachsenen-
zahnpasta

- Elmex-Fluoridgel (1x pro Woche) ?

nein

ja

Verwenden Sie Speisesalz mit Fluorid ?

nein

ja

Putzen Sie bei Ihrem Kind die Zähne nach bzw. haben Sie im Vorschulalter

nachgeputzt?

nein

ja

Bekommt Ihr Kind mehr als 2-3mal am Tag Süßwaren bzw. gesüßte Getränke?

nein

ja

Welche Getränke bekommt Ihr Kind vorzugsweise ?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Fruchtsäfte (unverdünnt)

Mineralwasser

Saftschorlen

Eistee

Früchtetee - gesüßt

Cola

- ungesüßt

andere



Wünschen Sie, dass wir Sie an die halbjährlichen Kontrolltermin Ihres Kindes erinnern?

nein

ja

Datum

Erziehungsberechtigte /- ter

