



ZAHNARZTTEAM  
HAMM

## KINDER-ANAMNESEBOGEN

LIEBE ELTERN,

herzlich willkommen beim Zahnarztteam Hamm. Damit wir Ihr Kind bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

### PERSÖNLICHES

Name / Vorname (Kind) \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r  Mutter  Vater  beide

Kind ist versichert über  Mutter  Vater

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt  zusätzlich versichert  freiwillig versichert

Name / Vorname der Mutter \_\_\_\_\_

Geb.datum der Mutter \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Name / Vorname des Vaters \_\_\_\_\_

Geb.datum des Vaters \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber / mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Kind wohnhaft bei  Mutter  Vater  sonstiges: \_\_\_\_\_

**KINDERARZT** (Name / Ort) \_\_\_\_\_

### Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

Asthma  ja  nein

Chronische Bronchitis  ja  nein

Herzerkrankung  ja  nein

Schilddrüse  ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)  ja  nein

Autismus  ja  nein

Sonstige Krankheiten \_\_\_\_\_

Lernschwäche / AD (H) S  ja  nein

Blutgerinnungsstörung  ja  nein

Epilepsie (Krampfanfälle)  ja  nein

Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis)  ja  nein

Vitamin B12-Mangel  ja  nein

Nachgewiesene Allergien \_\_\_\_\_

—————> Bitte wenden

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**  ja  nein  
Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft?** Wenn ja, welche?  ja  nein

\_\_\_\_\_

**Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?**  ja  nein

**Was ist der Grund Ihres heutigen Besuchs?**

\_\_\_\_\_

**Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes beim Zahnarzt?**

1. Zahnarztbesuch  Ängstlich, aber eine  
 Kooperativ  Behandlung war möglich  
 Verweigerung

**Lutscht Ihr Kind am Daumen oder hat es regelmäßig einen Schnuller?**

- Daumen  früher, bis zum \_\_\_\_\_  
 Schnuller  Lebensmonat  
 Nein

**Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?** Wenn ja, bei wem?  ja  nein

\_\_\_\_\_

**Knirscht Ihr Kind beim Schlafen mit den Zähnen?**

- ja  nein  Ich weiß es nicht

**Schnarcht Ihr Kind?**  ja  nein  Ich weiß es nicht

**Ist Ihnen bei Ihrem Kind beim Sprechen / Reden schon einmal eine Störung aufgefallen?**

- ja  nein  Ich weiß es nicht

#### TERMINEINHALTUNG

Bitte beachten Sie, dass wir eine Bestellpraxis sind. Termine, die Sie nicht einhalten können, müssen bei Verhinderung **mindestens 24 Stunden** vorher telefonisch oder persönlich bei uns abgesagt werden. Diese Regelung gilt für Termine, für die wir 1 Stunde oder länger eingeplant haben. Für unentschuldigt nicht eingehaltene Termine sehen wir uns gezwungen, ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Das Ausfallhonorar beträgt pro versäumter Stunde 50 €. Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis.

**Trinkt oder hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken?**

- Ja, immer noch  früher, bis zum \_\_\_\_\_  
 Nein  Lebensmonat

**Wurde Ihr Kind gestillt?**

- Ja, immer noch  früher, bis zum \_\_\_\_\_  
 Nein  Lebensmonat

**Bekommt Ihr Kind Fluoride?**

- Tabletten  Erwachsenenzahnpasta  
 Speisesalz  elmex gelee  
 Kinderzahnpaste  Nein

**Was trinkt Ihr Kind üblicherweise im Tagesverlauf?**

- Wasser  aromatisiertes Wasser  
 Saftschorle  Saft  Limonade  Cola  
 Eistee  Milch  Kakao  
 ungesüßter Tee  gesüßter Tee

**Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?**

- Obst  Chips / Salzstangen  
 Gemüse  Schokolade  Weingummi  Kekse  
 Milchprodukte  Kuchen  Müsliriegel  
 belegtes Brot  z. B. Milchschnitte, Balisto

**Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen?**

\_\_\_\_\_

**Besteht Ihrerseits Interesse an:**

- individuellen Prophylaxemaßnahmen (Ernährungsberatung, Putzschule, Intensivprophylaxe ...)?  
 unserem kostenlosen Erinnerungsservice?

Ich versichere, jede relevante Veränderung meiner Angaben vor weiteren Behandlungen mitzuteilen.

Datum

Unterschrift

#### IN EIGENER SACHE (OPTIONAL)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen  Telefon- /Branchenbuch  Zeitungsanzeige  Internet \_\_\_\_\_  
 Überweisung von \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut?  ja  nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein

Wenn ja, wie?  per Post  per E-Mail  telefonisch  per SMS

Bitte beachten Sie, dass bei einer Erinnerung per Post unser Newsletter beiliegt.

Dürfen wir Sie namentlich im Wartezimmer aufrufen?  ja  nein