



Dr. Annemarie Stolz

Praxis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Anamnesebogen für Kinderpatienten

Erziehungsberechtigt: Vater Mutter sonstige: _____

Wie kommen Sie in unsere Praxis:

direkte Überweisung von meinem Zahnarzt: _____
 Empfehlung von: _____ sonstiges: _____
 Ihr Hausarzt: _____ Internet: _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

Besteht eine Zahnarztangst? _____

Bisheriger Zahnarzt: _____

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung: _____

Kinderarzt: _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? _____

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund / Kieferbereich? _____

Name des Kindes

Familienname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Krankenkasse: _____

Geb. Datum: _____

PLZ-Ort: _____

Vers.-Nr: _____

Erziehungsberechtigte

Familienname _____

Vorname: _____

Straße: _____

Krankenkasse: _____

Arbeitgeber: _____

Tel. Firma: _____

E-Mail: _____

Titel: _____

Geb. Datum: _____

PLZ-Ort: _____

Vers.-Nr: _____

Beruf: _____

Tel. Privat/Mobil: _____

Zahn-Zusatzversicherung: ja nein



Dr. Annemarie Stolz

Praxis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Trifft ein der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen / Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Rheuma / rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Spastik | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Geistige Verzögerung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung des Blutes | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?

- Angeborener oder erworbener Herzfehler
 Herzoperation
 Sonstiges: _____

ja

nein

Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Allergien? _____

ja

nein

Wenn ja, worauf ist es allergisch? _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? _____

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

Verlief die Schwangerschaft normal? _____

ja

nein

Verlief die Geburt normal? _____

ja

nein

Wenn nein, warum? _____

Gewicht des Kindes bei der Geburt: _____

Hat Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten gehabt? _____

ja

nein

Wenn ja, mit welchem Alter? _____

Ist Ihr Kind schon mal operiert worden? _____

ja

nein

Hatte es schwere Unfälle? _____

ja

nein

War es schon einmal im Krankenhaus? _____

ja

nein

Atmet Ihr Kind durch den Mund? _____

ja

nein



Dr. Annemarie Stolz

Praxis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Ernährung und Mundhygiene bei Kinderpatienten

1. Ernährung

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten? Wenn ja, wie oft?

- selten
- 1x pro Tag
- mehrmals täglich

Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

- Tee/Kaffee mit Zucker
- Tee/Kaffee ohne Zucker
- Milch
- Kakao
- Fruchtsäfte

Was isst Ihr Kind zum Frühstück?

- Brot
- Butter
- Marmelade
- Nutella
- Käse, Wurst
- Müsli
- Cornflakes

Was isst Ihr Kind in den Schulpausen?

- belegtes Brot
- Obst
- Süßigkeiten

Was isst Ihr Kind zum Mittagessen?

Bitte kurze Stichworte: _____

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

- (Mineral) Wasser
- Limonade, gezuckert
- Tee
- Milch
- Kakao
- Fruchtsäfte
- Coco Cola
- sonstiges: _____

Was isst Ihr Kind zum Abendessen?

Bitte kurze Stichworte: _____



Dr. Annemarie Stolz

Praxis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeiten?

- Kuchen
- Süßigkeiten
- Obst
- Chips, Salzstangen, etc.
- belegtes Brot

Sonstige Eintragungen:

2. Trinkverhalten bei Klein- und Vorschulkindern

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____

- trinkt aus der Flasche
- trinkt aus dem Becher

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? _____

Trinkt immer noch aus der Flasche?

- Wasser
- Limonade
- Fruchtsäfte
- Tee gesüßt
- Tee ungesüßt
- Früchtetee gesüßt
- Früchtetee ungesüßt

Trinkt aus dem Becher?

- Limonade
- Fruchtsäfte
- Tee gesüßt
- Tee ungesüßt
- Früchtetee gesüßt
- Früchtetee ungesüßt
- Milch
- Kakao

Hat Ihr Kind den Schnuller genommen?

ja

nein



Dr. Annemarie Stolz

Praxis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

3. Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt:

- vom Kind selbst
- mit Hilfe der Eltern
- von den Eltern

Wann werden die Zähne geputzt?

- vor dem Frühstück
- nach dem Frühstück
- nach dem Mittagessen
- sofort nach dem Abendessen
- vor dem zu Bett gehen

Womit werden die Zähne gereinigt?

- Hand-Zahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- Munddusche
- mit Zahnseide
- Zahnhölzchen
- Zahn-Zwischenraum-Bürste

Zahnpasta Name: _____

- mit Fluorid ohne Fluorid

- D-Fluorid
- Zymafluor
- Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee)
- Fluoridierung beim ZA
- Marburger Modell (Duraphat)
- Fluoridiertes Kochsalz
- Fluoridierte Mundspülung

4. Aufklärung Kinderbehandlung

Liebe Eltern,

es gibt immer wieder Situationen bei der Behandlung von Kindern, in denen man tatsächlich außer gut zureden nichts machen kann. Gerne gehen wir individuell auf die Bedürfnisse Ihres Kindes ein, müssen aber ab der zweiten Sitzung (falls keine eigentliche Behandlung möglich ist) einen Pauschalbetrag in Höhe von 50 Euro pro halber Stunde berechnen. Wir bitten Sie dies zur Kenntnis zu nehmen!

Ort, Datum

Unterschrift