

ANAMNESEBOGEN



| | | |
|-------------------------------|--------------------------|---------|
| Patient: | Name | Vorname |
| | Geburtsdatum | |
| Mitglied/Versicherter: | Name | Vorname |
| | Geburtsdatum | |
| Anschrift: | Straße | PLZ/Ort |
| | Telefon | Mobil |
| Kontakt: | E-Mail | |
| | Beruf der Eltern: | |
| Name Krankenkasse: | | |
| Kinderarzt: | | |

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Leidet Ihr Kind unter:

- Allergien
- Herzerkrankung
- Sprachprobleme/Lernschwäche
- Blutgerinnungsstörungen
- Infektionskrankheiten: Hepatitis/TBC/HIV
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Asthma
- Epilepsie
- Pflegegrad
- Gab es Probleme bei der Geburt?
- Fehlen Ihrem Kind Impfungen?
- Hat Ihr Kind bereits schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht?

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns?

| |
|---|
| <hr/> |
|---|

Sonstige Erkrankungen/Medikamente:

| |
|--|
| |
|--|

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass sie/er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat?

| |
|--|
| |
|--|

Patientenerklärung:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich umgehend mitteilen. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Fotos und Röntgenbilder dürfen für Vorträge und Publikationen verwendet werden.

Plochingen, den _____ Unterschrift des gesetzl. Vertreters _____

ANAMNESEBOGEN ERNÄHRUNG & MUNDHYGIENE BEI KINDERN



ERNÄHRUNG

SÜSSIGKEITEN

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie oft? |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Selten |
| | <input type="checkbox"/> 1x täglich |
| | <input type="checkbox"/> mehr als 5x täglich |

FRÜHSTÜCK

Trinken

- Tee mit Zucker
- Tee ohne Zucker
- Milch
- Kakao
- Wasser
- Softdrinks, Fruchtsaft
- Sonstiges

Essen

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

MITTAGESSEN

ZWISCHENDURCH

Trinken

- Tee mit Zucker
- Tee ohne Zucker
- Milch
- Kakao
- Wasser
- Softdrinks, Fruchtsaft
- Sonstiges

Essen

- Brot
- Butter
- Käse, Wurst
- Marmelade, Nutella
- Obst, Rohkost
- Süßigkeiten
- Sonstiges

ABENDESSEN

TRINKEN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aus der Flasche | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> Tagsüber | <input type="checkbox"/> Kakao |
| <input type="checkbox"/> Nachts | <input type="checkbox"/> Wasser |
| <input type="checkbox"/> Aus Becher/Tasse/Glas | <input type="checkbox"/> Softdrinks, Fruchtsaft |
| <input type="checkbox"/> Tee ohne Zucker | <input type="checkbox"/> Fruchtschorlen |
| <input type="checkbox"/> Tee mit Zucker | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Sonstige
Bemerkungen:

RICHTIGES PUTZEN

DAS KIND PUTZT DIE ZÄHNE

- Bisher noch nicht
- Nicht regelmäßig
- 1x 2x 3x täglich
- _____

DIE ZAHNREINIGUNG DES KINDES ERFOLGT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bereitwillig | <input type="checkbox"/> Durch das Kind |
| <input type="checkbox"/> Mit Widerstand | <input type="checkbox"/> Mithilfe der Eltern |
| <input type="checkbox"/> Wechselhaft | <input type="checkbox"/> Durch die Eltern |

DIE ZÄHNE WERDEN GEPUTZT

- Vor dem Frühstück
- Nach dem Frühstück
- Nach dem Mittagessen
- Sofort nach dem Abendessen
- Erst vor dem Zubettgehen

DURCHSCHNITTLICHE PUTZDAUER

_____ Minuten

DIE ZÄHNE WERDEN GEPFLEGT MIT

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Handzahnbürste | <input type="checkbox"/> Zahnseide |
| <input type="checkbox"/> Für Kinder | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Für Erwachsene | _____ |
| <input type="checkbox"/> Elektrische Zahnbürste | _____ |

FLUORIDANAMESE

VERWENDEN SIE EINE FLUORIDIERTER ZAHNPASTA?

- Ja Nein

EINE TABLETTENFLUORIDIERUNG

- Wurde nicht durchgeführt
- Wird durchgeführt
- Dosierung: _____
- Präparat: _____

- Wurde durchgeführt bis zu Alter von _____

VERWENDEN SIE FLUORIDIERTES SPEISESALZ?

- Ja Nein

ERHÄLT IHR KIND FLUORID AUS WEITEREN QUELLEN?
