

# ANAMNESEBOGEN



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

**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?

---

---