



ANAMNESEBOGEN FÜR KLEINKINDER (1-3 JAHRE)

Liebe Eltern, wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Name des Kindes

Alter des Kindes (Monate)

Muttersprache

Beindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?

 Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

 Ja Nein

Wenn ja, welche?

Leidet es an Allergien (Jod), Asthma oder Heuschnupfen?

 Ja Nein

Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)?

 Ja Nein

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?

 Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?

 Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?

 Ja Nein

Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen?

 Ja Nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörung)?

 Ja Nein

Leidet es an Infektionskrankheiten?

 Ja Nein

Andere Erkrankungen?

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf- Kiefer- Zahnbereich angefertigt?

 Ja Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR KLEINKINDER (1-3 JAHRE)

Wie oft putzen sie Ihrem Kind die Zähne?

Gar nicht Manchmal 1x täglich 2-3x täglich

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

Gar keine Fluoridfreie Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid) Erwachsenenzahnpasta (über 1000 ppm Fluorid)

Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

Eltern Kind Eltern und Kind

Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?

Morgens Mittags Abends Vor den Mahlzeiten Nach d. Mahlzeiten

Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

Ja Nein

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz

Ja Nein

Wird/wurde Ihr Kind gestillt?

Ja Nein

Geben sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?

Ja Nein

Wenn ja woraus?

Tasse/Becher mit Trinkaufsatz offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz

Bekommt Ihr Kind nachts (20 Uhr-8 Uhr) etwas zu trinken?

Ja Nein

Wenn ja, wie?

Brust Flasche Becher mit Trinkaufsatz andere

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes sowie von Medikamenteneinnahmen mit.

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Wir bitten Sie daher Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir behalten uns vor, bei unentschuldigtem Fernbleiben von vereinbarten Terminen ein Ausfallhonorar in Höhe von **35 €** je halber Stunde in Rechnung zu stellen, so kein unverschuldetes Fernbleiben vorliegt.

Bei unentschuldigtem Fernbleiben von einer PZR werden die gesamten Kosten von bis zu **80 €** in Rechnung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift