

Kinder Anamnesebogen

Liebe Eltern,
damit Ihr Kind eine möglichst angenehme Zahnbehandlung in unserer Praxis erfährt,
benötigen wir für unsere Vorbereitung einige Informationen. Gerne möchten wir uns auf Ihr
Kind einstellen und bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich
werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und dienen nur der ärztlichen Behandlung in
unserer Praxis.

Name (Kind): _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Strasse/Nr. _____ Telefon: _____

Über welche Person ist das Kind versichert?

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Straße/Nr. _____ Telefon: _____

Mobil-Telefon: _____ Beruf: _____

Arbeitgeber: _____ Geschäft Telefon: _____

gesetzliche Krankenkasse

Zusatzversichert

Privatkrankenkasse

Basistarif

Anspruch Beihilfe

Grund des heutigen Zahnarztbesuches ? _____

Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt ? ja nein

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind speziell beim Zahnarzt am meisten Angst?

Hat Ihr Kind schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht?

ja nein wenn ja - welche _____

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma Zuckerkrankheit Anfallsleiden (Epilepsie)
 Schilddrüsenerkrankung Nierenerkrankung Lungenerkrankung
 Tuberkulose Lebererkrankungen/Gelbsucht Immunschwäche (Aids)
 Rheuma/rheumatisches Fieber Magen/Darm-Erkrankung

Hat Ihr Kind eine Erkrankung am Herzen ? ja nein
 Herzoperation angeborener / erworbener Herzfehler Sonstiges ? _____

Bestehen sonstige Erkrankungen ?
Wenn ja, welche _____

Hat Ihr Kind Allergien ? ja nein
Wenn ja, welche _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein ? ja nein
Wenn ja, welche _____

Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund ? ja nein

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 nach dem Abendessen
 vor dem Zu-Bett-Gehen

Womit werden die Zähne geputzt ? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
 Munddusche Zahnseide
 Zahnseide Zahnhölzchen
 Zahnzwischenraumbürstchen

Fluoridzufuhr

Werden oder wurden D-Fluoretten gegeben ? ja nein
Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet ? ja nein
Wird zu Hause fluoridiertes Speisesalz verwendet ? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden ?

Internet auf Empfehlung von _____ andere Quelle
Kennen Sie unsere Homepage www.noris-zahn.de ? ja nein

Möchten Sie, dass Ihr Kind alle 6 Monate von uns an den Kontrolltermin erinnert wird?
 ja nein wenn ja, telefonisch Karte

Unterschrift _____ Datum _____