



ZAHNMEDIZIN FÜR KINDER IM OSTEND

ANAMNESEBOGEN KIDS

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens tragen Sie dazu bei, dass wir den Gesundheitszustand Ihres Kindes gut beurteilen und Ihr Kind dann auch besser beraten und behandeln können.

PATIENT

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

VERSICHERT ÜBER

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon

Mobil

E-Mail

Krankenkasse

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

BESITZT IHR KIND EINEN ALLERGIEPASS?

Ja Nein

NEIGT IHR KIND ZU ALLERGISCHEN REAKTIONEN BEI BESTIMMTEN MATERIALIEN, ARZNEIMITTELN, NAHRUNGSMITTELN?

Ja Nein

HAT IHR KIND EINE PENICILLIN-, JOD- ODER LATEXALLERGIE?

Ja Nein

HAT IHR KIND EINE ERKRANKUNG DES HERZENS?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

HAT IHR KIND:

- angeborene oder erworbene Herzfehler?
- Herzklappenfehler?
- Endokarditis?
- Herzoperationen gehabt?

LEIDET IHR KIND AN DEN NACHFOLGENDEN KRANKHEITEN?

- Asthma oder Lungenerkrankungen?
- Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?
- Nervenerkrankungen?
- Epilepsie?
- Infektionskrankheiten?

Bitte wenden

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

GAB ES IN DER SCHWANGERSCHAFT PROBLEME? Ja Nein

MUSSTEN SIE MEDIKAMENTE EINNEHMEN? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

GEBURT: Spontan Kaiserschnitt

GAB ES PROBLEME VOR DER GEBURT ODER DANACH?
 Ja Nein

Wenn ja, welche _____

WURDEN MEDIKAMENTE EINGESETZT?

Wenn ja, welche _____

WANN HAT IHR KIND DEN ERSTEN ZAHN BEKOMMEN?

GAB ES SCHWIERIGKEITEN BEIM ZAHNEN?

Wenn ja, welche _____

HABEN SIE DENTINOX VERABREICHT? Ja Nein

HAT IHR KIND IM 1. JAHR MEDIKAMENTE BEKOMMEN?
 Ja Nein

Wenn ja, welche _____

NIMMT ES EINEN DAUMEN?
SCHNULLER? Ja Nein Ja Nein

Bis zu welchem Alter? _____

SCHNARCHT IHR KIND (AUCH WENN ES NICHT ERKÄLTET IST)
REGELMÄSSIG? Ja Nein

HÖREN SIE ATEMAUSSETZER? Ja Nein

MUNDHALTUNG DES KINDES IM SCHLAF OFFEN
ODER GESCHLOSSEN? offen geschlossen

GIBT ES EINEN BESTEHENDEN SPRACHFEHLER?

IST ODER WAR IHR KIND IN LOGOPÄDISCHER BEHANDLUNG?
 Ja Nein

Wenn ja, bei wem _____

WIRD IHR KIND SPEZIELL GEFÖRDERT (ERGOTHERAPIE) ETC.?
 Ja Nein

IST ODER WAR IHR KIND JEMALS IN ORTHOPÄDISCHER /
PHYSIOTHERAPEUTISCHER BEHANDLUNG? Ja Nein

Wenn ja, warum _____

GIBT ES FAMILIÄRE AUFFÄLLIGKEITEN DER ZAHNSTELLUNG?
 Ja Nein

SIND SPANGENBEHANDLUNGEN, OP'S ERFOLGT? Ja Nein

HAT IHR KIND HOBBYS? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

TREIBT ES REGELMÄSSIG SPORT? Ja Nein

Wenn ja, welchen _____

WANN WAR DER LETZTE ZAHNARZTBESUCH IHRES KINDES?

HAT IHR KIND SCHON EINMAL SCHLECHTE ERFAHRUNGEN
BEI EINEM ZAHNARZT GEMACHT? Ja Nein

WAS IST DER ANLASS FÜR DEN HEUTIGEN ZAHNARZTBESUCH?

BERATUNG:

Möchten Sie an das Vorsorgeprogramm erinnert
werden? Ja Nein

Wenn ja, werden Sie schriftlich benachrichtigt.
Name und Anschrift des Kinderarztes:

WURDE IHNEN UNSERE PRAXIS EMPFOHLEN? Ja Nein

Wenn ja, von wem? _____

Nochmals vielen Dank für das sorgfältige Ausfüllen des Frage-
bogens. Sollte Ihnen das Beantworten der Fragen in einem der
Punkte Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte direkt
darauf an.

Datum, Unterschrift