



## Anamnesebogen

Liebe Eltern, für eine optimale Behandlung Ihres Kindes sind einige Angaben nötig.  
Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie die entsprechenden Antworten an.

### Medizinische Anamnese/Allgemeingesundheit

Hat Ihr Kind:	Ja	Nein
Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen erhalten? (Impfpass)		
Asthma oder Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung?		
Allergien? Wenn ja, welche:		
Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?		
Blutkrankheiten oder Blutungsneigungen ( <i>blutet Ihr Kind länger als üblich</i> )?		
Herzfehler, -geräusch oder Herzerkrankung? Welche: Herzpass seit:		
Kreislaufbeschwerden oder Ohnmachtsneigung?		
Leber- oder Nierenerkrankung?		
Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?		
Arzneimittelüberempfindlichkeiten? (z.B. Penicillinüberempfindlichkeit)		
Lernschwäche oder Sprachprobleme?		
Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?		
Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?		
Spastik oder veränderten Muskeltonus?		
Hörprobleme oder Taubheit?		
Sehschwäche oder Blindheit?		
Sonstige angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?		
Befindet sich Ihr Kind in fachärztlicher Betreuung?		
War Ihr Kind bereits im Krankenhaus (außer bei der Geburt)?		
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche:		

### Zahnmedizinische Anamnese

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?		
Hat/Hatte Ihr Kind jemals Zahnschmerzen? (außer Zahnungsbeschwerden)		
Hat Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?		
Hat Ihr Kind von unangenehmen Arztbesuchen im Bekanntenkreis gehört?		
Hat Ihr Kind Probleme mit seinen Zähnen? Wenn ja, welche?		
Was ist der Grund für den heutigen Besuch?		
Hatte Ihr Kind bereits einen Unfall im Mund oder Gesichtsbereich?		

## Fragen zu Ernährungsgewohnheiten und Fluoridnutzung

Ist Ihr Kind gestillt worden? Wenn ja, von _____ bis _____		
Benutzt Ihr Kind noch Daumen oder Schnuller zum Lutschen?		
Hat Ihr Kind aus der Nuckelflasche getrunken? Wenn ja, von _____ bis _____ Was war/ist in der Nuckelflasche?		
Isst Ihr Kind viel Süßes? Was?		
Welche Getränke bevorzugt Ihr Kind?		
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?		
Hat Ihr Kind Fluoridtabletten eingenommen bzw. nimmt diese ein? Wenn ja, vom _____ bis _____		
Wird mit fluoridierter Zahncreme geputzt? Wenn ja, welche wird genutzt?		
Werden Mundspüllösungen verwandt?		
Wird Fluoridgelee verwendet? (Elmex Gelee)? Wenn ja, wie häufig?		

## Spezielle Fragen zur Kinderbehandlung

Viele Kinder haben oder entwickeln Angst vor der zahnärztlichen Behandlung. Darum sind folgende Fragen besonders wichtig für uns und wir brauchen die Unterstützung der Eltern.

Was sind zurzeit bevorzugte Interessen Ihres Kindes?

	Ja	Nein
Reagiert Ihr Kind auf bestimmte Dinge/Situationen mit Angst? (z.B. vor schlechten Noten, großen Hunden etc.)		
Hat Ihr Kind speziell Zahnarztangst? <b>Wenn ja</b> , was ist Ihrer Meinung nach Auslöser für die Angst Ihres Kindes? <input type="checkbox"/> Berührung <input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/> Gefühl während der Behandlung <input type="checkbox"/> weißer Kittel <input type="checkbox"/> Geschmack <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Gefühl hinterher <input type="checkbox"/> Instrumente <input type="checkbox"/> Behandlungsstuhl <input type="checkbox"/> typische Gerüche		
Haben Sie als Eltern Angst vorm Zahnarzt?		
Erwarten Sie bei der heutigen Behandlung Probleme?		
Ist Ihr Kind besonders geräuschempfindlich?		
Ist Ihr Kind wasserscheu/empfindlich gegenüber Wasser?		
Ist Ihr Kind besonders lichtempfindlich?		
Sind Sie bereit für eine systematische Hinführung zur Behandlung, die keine Kassenleistung ist, 15€ zu zahlen?		
Sind Sie einverstanden, dass Sie den Behandlungsraum verlassen, wenn Ihr Kind bei einfachen, schmerzfreien Maßnahmen (z.B. Zähneputzen oder Zähne anschauen) nicht mitarbeiten will?		
Ich bin damit einverstanden, dass ich telefonisch oder postalisch an unseren nächsten Vorsorgetermin erinnert werde.		
Datum	Unterschrift	