



Liebe Eltern

Erkrankungen aller Art können Auswirkungen auf zahnärztliche Behandlungen haben oder durch sie beeinflusst werden. Damit wir unnötige Komplikationen vermeiden und die Behandlung optimal auf die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten Ihres Kindes abstimmen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern weiter.

Nachname

Geburtsdatum

Vorname

weiblich männlich divers

Straße und Hausnummer

Familienversicherung / Mitglied

Postleitzahl und Ort

Krankenkasse / Versicherung

Telefon privat / mobil

Pflegestufe

Ja Nein

Zahn-Zusatzversicherung

Ja Nein

KIDS Anamnesebogen



Zahnarztpraxis Wannsee
Dr. Stellbaum

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikament ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? : _____

Leidet es an Allergien, Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja Nein

Hat Ihr Kind Diabetes? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörung)? Ja Nein

Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?
Nein Ja

Wurde bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja Nein

Wie oft putzen Sie oder das Kind selbst die Zähne?

gar nicht manchmal 1x täglich 2-3x täglich vor den Mahlzeiten
nach den Mahlzeiten

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta fluoridhaltig Kinderzahnpasta

Womit werden die Zähne Ihres Kindes geputzt?

Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? Ja Nein

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? Ja Nein



Wird/wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein

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

Wenn ja, wie?

Brust Flasche Becher mit Trinkaufsatz andere

Welche Schnuller Gewohnheiten bzw. Daumen Lutschgewohnheiten hat es?

Welchen Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?

Bitte nur einmal unterschreiben:

_____	_____	_____	_____
Datum	Unterschrift/Vertreter*	Datum	Unterschrift/Vertreter*
_____	_____	_____	_____
Datum	Unterschrift/Vertreter*	Datum	Unterschrift/Vertreter*
_____	_____	_____	_____
Datum	Unterschrift/Vertreter*	Datum	Unterschrift/Vertreter*
_____	_____	_____	_____
Datum	Unterschrift/Vertreter*	Datum	Unterschrift/Vertreter*

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hier noch ein Hinweis:

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und die Angebote ab dem 6. Geburtstag für regelmäßige individuelle Prophylaxe, sie sind in den meisten Fällen ausreichend. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.