



Liebe Eltern!

Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert, deshalb bitten wir Sie, diesen speziellen Kinder-Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, helfen uns, Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

## Patient

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

## Familienversicherter/gesetzlicher Vertreter

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse

Sorgeberechtigter? Beide  Mutter  Vater

## Allgemeinmedizin

Wer ist Ihr Kinderarzt? \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Herzfehler/-krankheit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditisprophylaxe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Immunschwäche (HIV, AIDS)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis(A,B,C), Gelbsucht	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Asthma/Atemnot	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
COPD	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sonstige: _____	

Besteht eine regelmäßige Medikamenteneinnahme?

Ja  , welche? \_\_\_\_\_ Nein

Allergien, Unverträglichkeiten? Ja  , welche? \_\_\_\_\_ Nein

## Zahnmedizin

Erster Besuch beim Zahnarzt? Ja  Nein

Hat Ihr Kind bereits schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden bereits Röntgenaufnahmen angefertigt? Ja  Nein

Wann und wo wurden diese angefertigt? \_\_\_\_\_

Befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? Ja  Nein

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine Mund-/Kieferoperation durchgeführt? Ein Unfall? Ja  Nein

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

## Spezielle Anamnese

### 1. Mundhygiene

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? Weniger als 1-mal  1 bis 2mal  Mehr als 2 mal   
Putzen Sie die Zähne regelmäßig nach? Immer  Selten  Nie   
Welche Zahnbürste? Handzahnbürste  Elektrische Zahnbürste

### 2. Fluoridangebot

Nimmt Ihr Kind Fluoridtabletten? Ja  Nein   
Verwenden Sie Fluoridgel? (Elmex Gelee, Sensodyne) Ja  Nein   
Kochen Sie mit fluoridiertem Salz? Ja  Nein   
Welche Zahncreme verwendet Ihr Kind? Mit Fluorid  Ohne Fluorid

### 3. Ernährung

Wie sind die Essgewohnheiten? Gemischt  Überwiegend süß  Überwiegend deftig   
Obst/Gemüse  Fast Food   
Wie ist das Trinkverhalten? Fruchtsäfte  Limonaden  Mineralwasser   
Tee: Gesüßt  ungesüßt  Wird gestillt

### 4. Funktion

Atmet Ihr Kind durch den Mund? Ja  Nein   
Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? Ja  Nein   
Trinkt Ihr Kind nachts? Ja  Nein   
Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? Ja  Nein  Schnuller  Daumen/Finger   
Trinkflasche  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ab dem **6. – 18. Lebensjahr** führen wir die **Individualprophylaxe** („Putzschule“) durch. Diese wird 2x jährlich von der Krankenkasse übernommen. Möchte Ihr Kind teilnehmen? Ja  Nein

### Für Jugendliche:

Konsumieren Sie Drogen oder Alkohol? Ja  Nein   
Rauchen Sie? Ja  Nein   
Besteht eine Schwangerschaft? Ja  SSW: \_\_\_\_\_ Nein

### Datenschutz

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden von uns Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und Ihrem Gesundheitszustand erhoben und gespeichert. Dies erfolgt nach den geltenden Datenschutzgesetz (DSGVO), welche Sie an der Rezeption einsehen können.  
Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

**Wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie um rechtzeitige, mind. 24 Stunden vorherige Benachrichtigung, damit diese Zeit an andere Patienten vergeben werden kann. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallshonorar (40,-€) zu berechnen.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht und die vorliegenden Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Dresden, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher Vertreter