

# ANAMNESEBOGEN

Zahnarztpraxis  
Dr. Susan Richel-Suchy



Liebe Eltern,  
herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Bevor wir uns in Ruhe über die Zähne Ihres Kindes unterhalten, ist es uns wichtig vorab ein paar Informationen über Ihr Kind zu erhalten.

## Angaben zum Kind

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Über wen ist Ihr Kind versichert?  Mutter  Vater  Sonstige: \_\_\_\_\_

## Angaben des Hauptversicherten

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

## Sorgerecht

- Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
- Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht habe.
- Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

## Wie ist das Kind versichert?

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

## Allgemeine Gesundheitsfragen

Asthma, Atemnot  ja  nein

Chr. Bronchitis  ja  nein

Herzerkrankungen  ja  nein

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

Nierenerkrankungen  ja  nein

Diabetes  ja  nein

Genetische

Erkrankungen  ja  nein

Infektionskrankheiten

Hepatitis /  HIV /  Tuberkulose

Blutgerinnungsstörungen  ja  nein

Epilepsie  ja  nein

Allergien \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten \_\_\_\_\_

regelmäßige Medikamenteneinnahme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lernschwäche / ADHS  ja  nein

## Zahnärztliche Gesundheitsfragen

Ist Ihr Kind in KFO-Behandlung? Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

### Lutscht Ihr Kind am Daumen / Schnuller oder hat dies früher getan?

Ja       Nein       bis ca. \_\_\_\_\_ (Alter)

### Wie oft putzt Ihr Kind täglich seine Zähne?

1x täglich     2x täglich     3x täglich

### Wie putzt sich Ihr Kind seine Zähne?

selbstständig     mit Hilfe     nur durch die Eltern

### Womit putzt Ihr Kind seine Zähne?

Handzahnbürste     elektrische Zahnbürste     Zahnseide o.Ä.

### Welche Zahnpasta verwenden Sie?

Kinderzahnpasta ohne Fluorid     Kinderzahnpasta mit Fluorid  
 Junior-Zahnpasta     Erwachsenen-Zahnpasta     1x wöchentlich Elmex Gelée

**Wurden Fluoridtabletten verabreicht?**     ja, bis \_\_\_\_\_     nein

**Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?**     ja     nein

**Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?** \_\_\_\_\_

**Was trinkt Ihr Kind in der Nacht?** \_\_\_\_\_

**Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeit?** \_\_\_\_\_

### Hat Ihr Kind Angewohnheiten wie:

Daumenlutschen       dauerhafte Mundatmung  
 Lispeln                 Zähneknirschen  
 Lippenbeißen         Sonstiges \_\_\_\_\_

**Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht, sowie den Regelungen zum Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht und auf unserer Internetseite bereit. Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handle.**

**Datum, Unterschrift** \_\_\_\_\_

**Bitte ausfüllen und ausgedruckt mitbringen!**

