

Anamnese

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich etwas Zeit und beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst genau. Sie erleichtern uns damit die Behandlung Ihres Kindes. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname des Kindes: _____ **Geburtsdatum:** _____

versichert bei: Mutter Vater **Name:** _____

Anschrift der versicherten Person: _____

Tel.Nr.: _____ **e-Mail:** _____

1. Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja

Wenn ja, weshalb? _____

Kinderarzt/ Hausarzt _____

2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche? _____

3. Wurden bei Ihrem Kind in den letzten 3 Jahren Röntgenaufnahmen des Schädels oder der Zähne erstellt? Wenn ja, wann? nein ja _____

4. Hatte oder hat Ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

Blutdruckunregelmäßigkeiten nein ja

Blutgerinnungsstörungen nein ja

Herzerkrankungen nein ja

wenn ja, welche? _____

Lungenerkrankungen: nein ja

Hepatitis: nein ja

Diabetes: nein ja

Anfallsleiden: nein ja

Nierenleiden: nein ja

Schilddrüsenerkrankungen: nein ja

andere Erkrankungen (u.a. AD(H)S, Rheuma, Augen- oder Ohrenerkrankungen): _____

Hat Ihr Kind einen Herzpass: nein ja

5. Lag Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? nein ja

Wenn ja, warum? _____

6. Ist bei Ihrem Kind nach einer Verletzung oder zahnärztlichen Behandlung eine stärkere oder längere Blutung aufgetreten? nein ja

7. Leidet Ihr Kind an Allergien nein ja
 Wenn ja, welche? _____
8. Gibt es Medikamente, die Ihr Kind nicht verträgt? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
9. Gab es bei Ihrem Kind nach einer örtlichen Betäubung beim Zahnarzt schon einmal
 Komplikationen? nein ja
 Wenn ja, welche? _____

Fragen zur Kariesprophylaxe

- Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten ? nein ja
- Verwendet Ihr Kind
- Zahnpasta mit Fluorid ? nein ja
 - Elmex-Fluoridgel (1x pro Woche) ? nein ja
- Verwenden Sie Speisesalz mit Fluorid ? nein ja
- Putzen Sie bei Ihrem Kind die Zähne nach bzw. haben Sie im Vorschulalter
 nachgeputzt? nein ja
- Bekommt Ihr Kind mehr als 2-3mal am Tag Süßwaren bzw. gesüßte Getränke?
 nein ja

Welche Getränke bekommt Ihr Kind vorzugsweise ? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| Fruchtsäfte (unverdünnt) <input type="checkbox"/> | Mineralwasser <input type="checkbox"/> |
| Saftschorlen <input type="checkbox"/> | Eistee <input type="checkbox"/> |
| Früchtetee - gesüßt <input type="checkbox"/> | Cola <input type="checkbox"/> |
| - ungesüßt <input type="checkbox"/> | andere: _____ |

Freiwillige Angaben:

1. Welche ist die Lieblingsfarbe Ihres Kindes? _____
2. Welches ist das Lieblingstier Ihres Kindes? _____
3. Welches ist das Lieblingsessen Ihres Kindes? _____

Wünschen Sie, dass wir Sie kostenfrei an die **halbjährlichen Kontroll- und Prophylaxetermine** Ihres Kindes erinnern?

- nein / ja telefonisch schriftlich

Sollten gesundheitliche Änderungen bei Ihrem Kind auftreten, bitten wir Sie, uns dies unverzüglich mitzuteilen.

Datum: _____

Unterschrift: _____