



# ANAMNESE KIDS



Liebe Eltern,  
wir bitten Sie sich einen Moment Zeit zu nehmen, um den Anamnesebogen auszufüllen. Er hilft uns Ihr Kind und Sie besser kennenzulernen und trägt zur optimalen Vorbereitung der Behandlung und Betreuung bei.

Herzliche Grüße,  
Dr. Christine Manske

## Persönliche Angaben:

\_\_\_\_\_  
**Kind** Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
**Kind** Geburtsdatum

weiblich  männlich

\_\_\_\_\_  
**Mutter** Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
**Mutter** Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
**Mutter** Beruf

\_\_\_\_\_  
**Vater** Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
**Vater** Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
**Vater** Beruf

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon, privat

\_\_\_\_\_  
Telefon, geschäftlich

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Mobil

Wer ist der Erziehungsberechtigte?

Mutter

Vater

Beide



### Versicherung



Kind *Krankenkasse (Name und Ort)* \_\_\_\_\_

#### Wie ist Ihr Kind versichert?

- Gesetzlich**     
  **Privat**     
  **freiwillig gesetzlich**

#### Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch?

- 1. Zahnarztbesuch**       **Routinekontrolle**  
 **Schmerzbehandlung**       **Putzschule**

#### Über wen ist Ihr Kind versichert?

- Mutter**     
  **Vater**     
  **Sonstiges**

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

### Allgemeine Gesundheitsfragen

- |  |   |                      |
|--|---|----------------------|
| <b>Allergien (nachgewiesen)</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Atemerkrankungen (Asthma)</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Blutgerinnungsstörungen</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Diabetes (Zucker)</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Epilepsie (Krampfanfälle)</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Erkrankung der Niere und oder Leber</b>                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Geistige Behinderung/Beeinträchtigung</b>                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Herzerkrankungen/-fehler</b>  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Infektionskrankheiten<br/>(z. B. Hepatitis, HIV, TBC)</b>             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Lernschwäche/ADHS</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Sprach-, Hör- und/oder Sehprobleme</b>                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Nimmt Ihr Kind Medikamente?</b>                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Ist der Impfschutz vollständig?</b>                                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>Leidet Ihr Kind an sonst. Erkrankungen?</b>                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Welche?</b> _____ |
| <b>War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus?<br/>(außer bei der Geburt)</b> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Warum?</b> _____  |



### Zahnmedizinisch Gesundheitsfragen



Wann bekam Ihr Kind den ersten Zahn? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt?  Ja  Nein

Warum? \_\_\_\_\_

Welche Einstellung hat ihr Kind zum Zahnarzt?

Neutral  Ängstlich  Negative Erfahrung

Hat Ihr Kind (aktuell) Zahnschmerzen?  Ja  Nein

Hatte Ihr schon mal einen Unfall im Mund/Kiefer-/Gesichtsbereich?  Ja  Nein

Nimmt Ihr Kind einen Schnuller oder einen Daumen?  Ja  Nein

Nimmt Ihr Kind einen Schnuller oder einen Daumen?  Ja  Nein

Bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_

Gibt es Röntgenaufnahmen vom Mund?  Ja  Nein

Datum \_\_\_\_\_

### Ernährungs- & Putzgewohnheiten & Fluoridanamnese

Wurde ihr Kind gestillt?  Ja  Nein

Wie lange? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?  Ja  Nein

Nachts zum Einschlafen

Wie oft isst Ihr Kind Süßes?

Täglich  \_\_\_\_\_ x pro Woche  Selten

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne?

2x täglich  1x täglich  nie

Putzen Sie die Zähne Ihres Kindes nach?  Ja  Nein

Geben Sie Ihrem Kind Fluorid Präparate?

Zahnpasta  Gel  Fluorid-Tabletten

### Anamnese der Eltern

Allergien (nachgewiesen)  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeiten (Antibiotika)  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu Karies? (Mutter od. Vater)  Ja  Nein



## Feedback



### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Familie/Freunde       Jameda  
 Arzt-Empfehlung       Internet

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

Bitte beantworten Sie die Fragen im Interesse Ihres Kindes wahrheitsgemäß.  
Alle Angaben werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt.

---

Datum

---

Unterschrift des Erziehungsberechtigten