

Anamnese Kind

Patient

Kind _____ Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen: (zutreffendes bitte ankreuzen und unterschreiben)

- Hat Ihr Kind einen Herzfehler oder besteht ein Endokarditis-Risiko? ja nein (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Hat Ihr Kind eine Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja nein (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Hat Ihr Kind eine eine Gelbsucht (Hepatitis) ja nein wann? _____ Typ? _____
- Hat Ihr Kind eine Infektionskrankheit (Tbc, AIDS, o. ä.)? ja nein wann? _____
- Hat Ihr Kind Asthma oder sonstige Atemwegserkrankungen? ja nein welche? _____
- Hat Ihr Kind Diabetes? ja nein
- Hat Ihr Kind Allergien? ja nein welche? _____
- Hat Ihr Kind Anfallsleiden (Epilepsie)? ja nein
- Hat/hatte Ihr Kind eine Tumorerkrankung? ja nein welche? _____
- Bestehen zur Zeit andere Krankheiten? ja nein welche? _____
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein welche? _____

Hatte Ihr Kind jemals ungewöhnliche **Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente**? ja nein

Wurden bereits **Röntgenaufnahmen** im **Kopf-Kiefer-Zahnbereich** angefertigt?

ja nein wann und wo? _____

Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?

ja nein wann und wo? _____

Wie oft putzen Sie mit Ihrem Kind die Zähne? gar nicht manchmal 1 x täglich 2-3 x täglich

Welche **Zahnpasta** verwenden Sie für Ihr Kind?

gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta (500ppm Fluorid) Erwachsenenzahnpasta (über 1000ppm)

Wer putzt bei Ihrem Kind die Zähne?

Eltern Kind Eltern und Kind

Wann putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

morgens mittags abends vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

Womit putzen Sie die Zähne?

Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Geben Sie Ihrem Kind **Fluoridtabletten**?

ja nein

Benutzen Sie oft **fluoridiertes Speisesalz**?

ja nein weiß nicht

Bekommt Ihr Kind **nachts** etwas zu trinken?

nein Brust Flasche andere

NUR BEI KLEINKINDERN:

Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?

Wasser ungesüßter Tee Saft anderes

Welche Nahrung nimmt Ihr Kind zu sich?

stillen Beikost feste Nahrung

Benutzt Ihr Kind einen Schnuller oder lutscht am Daumen?

nie tagsüber, wenn es müde ist häufig, zur Beruhigung zum einschlafen nachts

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGb, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum _____

Unterschrift _____