

Zahnarztpraxis Dr. Regina Opper

Anamnesebogen Kinder von 1-3 Jahren

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung.
Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

**Alter des Kindes
in Monaten:** _____

**Muttersprache
des Kindes:** _____

Ärztliche Behandlung:

Befindet sich Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? *ja* *nein*

Wenn *ja*, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt:

Name _____

Adresse _____

Tel.-Nr. _____

Medikamente:

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

Allergien:

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihrem Kind der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Leidet Ihr Kind an Allergien (Jod), Asthma oder Heuschnupfen? *ja* *nein*

Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe) *ja* *nein*

Hatte Ihr Kind jemals ungew. Reakt. auf Spritzen/Medikamente *ja* *nein*

Hatte Ihr Kind bereits Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle *ja* *nein*

Besitzt Ihr Kind einen Allergiepaß? *ja* *nein*

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)? *ja* *nein*

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? *ja* *nein*

Herzasthma, Angina pectoris? *ja* *nein*

Herzklappenersatz? *ja* *nein*

Sonstiges? _____

Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck? *ja* *nein*

Zu niedriger Blutdruck? *ja* *nein*

Blutet Ihr Kind lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen) *ja* *nein*

Einnahme blutverdünnender Medikamente (ASS, Marcumar)? *ja* *nein*

Zahnarztpraxis Dr. Regina Opper

Anamnesebogen Kinder von 1-3 Jahren

Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle? ja nein

Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes? ja nein

Magen-Darmerkrankungen? ja nein

Nierenerkrankung / Dialysepatient? ja nein

Falls eine Schilddrüsenerkrankung besteht, welche?

Sonstiges? _____

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle? ja nein

Sonstiges? _____

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein

Wurde bereits ein HIV-Test durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wie war das Ergebnis? pos. neg.

Sonstiges? _____

Sonstiges:

Osteoporose? ja nein

Tumorerkrankungen? ja nein

Frühere Operationen? Welche? _____

Hat Ihr Kind Angst vor der Behandlung? ja nein

Röntgen:

Wurde Ihr Kind im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Zahnpflege:

Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

gar nicht manchmal 1 x täglich 2-3x täglich

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

gar keine fluoridfreie
 Kinderzahnpasta (500ppm Fluorid) Erwachsenzahnpasta (>1000ppm Fluorid)

Zahnarztpraxis Dr. Regina Opper

Anamnesebogen Kinder von 1-3 Jahren

- Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein
- Benutzen Sie fluorisiertes Speisesalz? ja nein
- Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind? Eltern Kind Eltern & Kind
- Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?
 morgens mittags abends vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten
- Womit putzen Sie die Zähne bei Ihrem Kind?
 Handzahnbürste Elektrische Zahnbürste

Ernährung:

- Wird oder wurde Ihr Kind gestillt? ja nein
- Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke? ja nein
- Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?
 ja, offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz Ja, Tasse/Becher mit Trinkaufsatz
 nein
- Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 – 8 Uhr) etwas zu trinken?
 ja, Brust ja, Becher ja, Becher mit Trinkaufsatz
 nein andere _____
- Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?
 Wasser ungesüßter Tee Apfelsaft Eistee
 anderes _____
- Mein Kind trinkt seit _____ (Jahr/Monat) aus einer Tasse/einem Becher.
- Bekommt Ihr Kind schon Beikost?
 ja und zwar _____ nein
- Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat Ihr Kind?
Es schnullert/lutscht am Daumen: ja nein tagsüber, wenn es müde ist
 häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen
- Schnullert/lutscht es nachts am Daumen? ja nein
- Können Sie den Schnuller/Daumen nach dem Einschlafen herausziehen? ja nein
- Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein

Wenn ja, wann: _____

Warum? _____

Zahnarztpraxis Dr. Regina Opper

Anamnesebogen Kinder von 1-3 Jahren

Für welche Beschäftigung hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe (Spiele, Sport, Bücher)?

Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?

Keine

Datum: _____

Unterschrift: _____

Hier noch ein Hinweis:

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe. In den meisten Fällen sind diese ausreichend. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.