

## Anamnesebogen für Kinderpatienten

Sehr geehrte(r) Herr/Frau.....

für eine an den Gesundheitszustand Ihres Kindes optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

**Bitte Zutreffendes ankreuzen:**

**Erziehungsberechtigte:**     Vater                       Mutter                      Sonstige:

**Grund des heutigen Zahnarztbesuchs?**

**Besteht eine Zahnarztangst?**

**Bisheriger Zahnarzt?**

**Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung?**

**Kinderarzt:**

**Wann war der letzte Zahnarztbesuch?**

**Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?**

**Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich?**

**Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?**

- Asthma
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)
- Hörstörungen
- Spastik
- Schilddrüsenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Lungenerkrankung
- Erkrankungen des Blutes
- Tuberkulose
- Lebererkrankungen/Gelbsucht
- Rheuma/rheumatisches Fieber
- Nervenerkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankung
- Immunschwäche (AIDS)
- Geistige Verzögerung
- Geistige Behinderung

- Lernbehinderung
- Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?
- Angeboren oder erworbene Herzfehler?
- Herzoperationen?
- Sonstiges:
- Bestehen sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche?
- Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?
- Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? Wenn ja, welche?

**Verlief die Schwangerschaft normal?**

**Geburt normal? Wenn nein, warum?**

**Gewicht des Kindes bei der Geburt?**

- Hat Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten gehabt? Wenn ja, mit welchem Alter?
- Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?
- Hatte es schwere Unfälle?
- War es schon einmal im Krankenhaus?
- Atmet Ihr Kind durch den Mund?

**Anamnese der Eltern**

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

**Mutter:**

**Neigen Sie zu:**

- Karies
- Zahnstein
- Zahnfleischbluten
- Zahnarztangst

**Vater:**

**Neigen Sie zu:**

- Karies
- Zahnstein
- Zahnfleischbluten
- Zahnarztangst

Hamburg, den ..... Unterschrift .....