

Anamnesebogen für das 1. - 3. Lebensjahr

Alter des Kindes (Monate): _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Leidet es an Allergien(Jod), Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein

Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)? Ja Nein

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? Ja Nein

Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? Ja Nein

Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? Ja Nein

Andere Erkrankungen? _____ Ja Nein

1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

gar nicht manchmal 1 x täglich 2 – 3 x täglich

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

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

3. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

Eltern Kind Eltern und Kind

4. Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?

morgens mittags abends
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein

7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein weiß nicht

8. Wird/wurde Ihr Kind gestillt? ja nein

9. Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke? ja nein

10. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken? ja nein
Wenn ja: wie? Flasche Becher mit Trinkaufsatz andere: _____

11. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche? Wasser ungesüßter Tee Apfelsaft Eistee
 anderes _____

12. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? _____ (Jahr /Monat)

13. Bekommt Ihr Kind schon Beikost? ja nein

Wenn ja, welche? _____

14. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

Es schnullert/lutscht am Daumen : nein tags, wenn es müde ist
 häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen

Schnullert es /lutscht es nachts am Daumen? ja nein

Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen? ja nein

Patienten-Aufnahmebogen

Nachname, Vorname (Patient/in)

Geburtsort , Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum

Krankenkasse / bitte auch private
Zusatzversicherung angeben

Adresse

Telefon: privat

mobil

geschäftlich

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

Adresse

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r