

Anamnese des Kindes

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte lesen Sie alle Gesundheitsfragen sorgfältig durch und kreuzen Sie Zutreffendes an:

	Ja	-	Nein
Haben Sie bei Ihrem Kind folgende Krankheiten / Symptome festgestellt? Wenn ja, welche?			
1. Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche? Herzpass seit: _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
2. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
3. Erkrankungen der Leber oder Niere?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
4. Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? Welche? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
5. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
7. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
8. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
9. Geistige Beeinträchtigungen oder Behinderung?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
10. Probleme beim Hören oder Taubheit?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
11. Probleme beim Sprechen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
12. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
13. Reagiert Ihr Kind allergisch? Wenn ja, auf was? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
14. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
15. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
16. Besonderheiten bei der Geburt: Frühgeburt? <input type="radio"/> Kaiserschnitt? <input type="radio"/> Zangengeburt? <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
17. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt? Warum? _____	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
18. Name des Kinderarztes: _____			

Zahnmedizinische Anamnese

- | | Ja | - | Nein |
|--|-----------------------|---|-----------------------|
| 1. War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?
Wenn ja, wann und bei wem war Ihr Kind in Behandlung?
_____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 2. Hatte Ihr Kind bereits ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 3. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall,
bei dem Mund oder Gesicht verwundet wurde? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 4. Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 4. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 5. Was ist der Grund für den heutigen Besuch?
_____ | | | |

Ernährungsgewohnheiten

- | | | | |
|---|-----------------------|--|-----------------------|
| 1. Haben Sie Ihr Kind gestillt?
Wenn ja, wie lange? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 2. Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken?
Bis zu welchem Alter? _____
Wann? morgens <input type="radio"/> abends <input type="radio"/> nachts <input type="radio"/>
Was war / ist in der Flasche?
_____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 3. Was trinkt Ihr Kind heute hauptsächlich?
_____ | | | |
| 4. Geben Sie Ihrem Kind regelmäßig Süßigkeiten? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 5. Benutzt Ihr Kind: Fluoridhaltige Zahnpasta? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| Fluoridhaltiges Speisesalz? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| Fluoridtabletten (Zymafluor)? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 6. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne? _____ | | | |

Anamnese der Eltern

Mutter

- | | Ja | - | Nein |
|---|-----------------------|---|-----------------------|
| 1. Sind Sie gegen Irgendetwas allergisch?
Gegen was? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 2. Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?
Welche? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 3. Sind Sie für Karies anfällig? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 4. Neigen Sie zur Zahnsteinbildung? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 5. Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Angst? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |

Vater

- | | | | |
|---|-----------------------|--|-----------------------|
| 1. Sind Sie gegen Irgendetwas allergisch?
Gegen was? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 2. Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?
Welche? _____ | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 3. Sind Sie für Karies anfällig? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 4. Neigen Sie zur Zahnsteinbildung? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |
| 5. Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Angst? | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> |

Ich bestätige, die Fragen zur Anamnese nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/ r