

Vom Erziehungsberechtigten auszufüllen

I. Allgemeine Anamnese

Ist das Kind z.Zt. in ärztlicher (nicht zahnärztl.) Behandlung?

Ja wegen: _____ Nein
Ärztin/ Arzt _____

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein
Welche? _____

Herz / Kreislauf: Ja Nein
Herzfehler
Sonstiges
Herzpass

Stoffwechsel: Ja Nein
Diabetes
Schilddrüsenüberfunktion
Schilddrüsenunterfunktion

Blutkrankheiten: Ja Nein
Hämophilie (Bluter)
Anämie (Blutarmut)

Allergien: Ja Nein
Asthma
Latex
Allergie
Reagiert allergisch auf _____

Infektionskrankheiten:
(das sind z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV, etc.)
Ja Nein

wenn ja, folgende: _____

Atemwegserkrankungen Ja Nein

Sonstige Erkrankungen, Syndrome, etc.:

Besonderheiten: _____

Königswinter, den _____

II. Zahnärztliche Anamnese

Erster Zahnarztbesuch mit..... Jahren

Heutiges Motiv

Zahnarzt-Erfahrung des Kindes

gut mittel schlecht

Art der Vorerfahrungen

Besondere Bedürfnisse Ihres Kindes: _____

Habits: Ja Nein
Daumen bis
Finger bis
Schnuller bis

Flasche/ Brust Ja Nein
Stillen bis
Flasche bis
 nachts tags Inhalt

Zahnpflege
Die Zähne werden vom Kind
geputzt? mit Hilfe der Eltern
 von den Eltern

Womit werden die Elektr. Zahnbürste
Zähne geputzt? Handzahnbürste

Individuelle Fluoridanamnese: Ja Nein
Fluoridiertes Speisesalz
Fluoridierte Zahnpasta
Fluoridsupplement Tabletten

III. Ernährungsanamnese

Ist Ihr Kind gerne Süßigkeiten? Ja Nein

Wenn ja, ... selten 1 x pro Tag mehrmals
täglich

Was trinkt Ihr Kind? Wasser
 Tee / mit Zucker
 Tee / ohne Zucker
 Milch / Kakao
 Fruchtsäfte/Schorlen
 Cola/Limonade
 Sonstiges

Aus welchem Gefäß Becher/Glas
trinkt Ihr Kind? Sauger-Flasche
 Schnabeltasse
 Sic-Flasche
 Sonstiges