

Anamnesebogen für Kinder vom 1. Bis 3. Lebensjahr

Liebe Eltern,

Zur Optimierung der Behandlung benötigen wir detaillierte Auskünfte über allgemeine Risiken und Gesundheitsparameter Ihres Kindes. Bitte teilen Sie uns auch neue Veränderungen im Gesundheitszustand Ihres Kindes mit.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Alter des Kindes (Monate) : _____ Muttersprache: _____

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung ja Nein

Wenn ja, bei wem: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Leidet ihr Kind an: ja nein

Allergien, Asthma, Heuschnupfen?:

Latexallergie (Luftballons/Handschuhe)

Ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?

Herzerkrankungen:

Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle

Zuckerkrankheit (Diabetes), Schilddrüsenerkrankungen

Blutgerinnungsstörungen:

Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose o.ä.)

Andere Erkrankungen: _____

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-/Kiefer-/Zahnbereich durchgeführt ja nein

Fragen zur häuslichen Prophylaxe:

Wie oft putzen **Sie** Ihrem Kind die Zähne?

gar nicht manchmal 1x/Tag 2-3x/Tag

Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

keine fluoridfreie Kinder(500ppm) Erwachsenen (>1000ppm Fluorid)

Wer putzt die Zähne Ihres Kindes?

Eltern Kind Eltern und Kind

Wann putzen Sie regelmäßig die Zähne Ihres Kindes?

- morgens mittags abends
 vor der Mahlzeit nach der Mahlzeit

Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

- Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Tabletten? ja nein

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein weiß nicht

Wird/Wurde ihr Kind gestillt? ja nein

Woraus trinkt ihr Kind? Tasse/Becher ohne Aufsatz Tasse/Becher mit Trinkaufsatz

Bekommt ihr Kind nachts (20:00 – 8:00 Uhr) etwas zu trinken? ja nein

Wenn Ja woraus?: _____

Welches Getränk ist am häufigsten in der Trink/ oder Nuckelflasche?

- Wasser Tee Fruchtsaft Eistee Sonstiges

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

Bekommt Ihr Kind schon Beikost? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Schnullergewohnheiten:

- Schnuller tagsüber Schnuller nachts Schnuller immer zum Einschlafen
 Daumenlutschen immer

Daumenlutschen tagsüber Daumenlutschen zum Einschlafen

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

Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt/Zahnklinik? ja nein

Wenn ja, warum/Erfahrungen? _____

Um ein für Ihr Kind optimale Behandlung planen zu können, wären Informationen über Ihr Verhältnis zu zahnärztlichen Behandlungen sehr hilfreich

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen? ja nein

Gehen Sie regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen/Vorsorge? ja nein

Lassen Sie sich nur bei Zahnschmerzen behandeln? ja nein

Haben Sie schon an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen? ja nein

Nehmen Sie teil am Recall (Erinnerungsservice an Vorsorgetermine)? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit