



Anamnesebogen

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: Straße / Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Krankenkasse: _____

Pflichtversichert freiwillig versichert zusatzversichert
Privat Standardtarif Beihilfe

Erziehungsberechtigte/r: Vater Mutter andere

Vor- und Nachname Versicherte/r : _____

Geburtsdatum Versicherte/r: _____

Anschrift Versicherte/r: Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummern: privat: _____

geschäftlich: _____

mobil: _____

Vor- und Nachname Zahlungspflichtige/r: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Name und Anschrift des Kinderarztes: _____

DAS ZAHNSCHIFF
PRAXIS FÜR KINDERZAHNHEILKUNDE

DRES. MED. DENT. H.-M. GUNIA UND M. BANSEN
WALDSTR. 1, 22926 AHRENSBURG



Allgemeinmedizinische Informationen:

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen?

- Nein, es liegt keine Grunderkrankung bei meinem Kind vor
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma...)
- Epilepsie
- Schilddrüsenerkrankung
- Herzerkrankung / -geräusche
- Bluterkrankung (z.B. Anämie, Gerinnungsstörung...)
- Augenprobleme / Glaukom
- Lebererkrankung
- Rheuma / rheumatisches Fieber
- Magen-Darm-Erkrankung
- Immunsuppression
- Geistige Verzögerung / Behinderung / Lernschwäche
- Sprachstörungen
- Diabetes
- Spastik
- Nierenerkrankung
- HIV / AIDS
- Tuberkulose
- Hepatitis
- Nervenerkrankungen
- Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte
- ADS / ADHS
- _____

Wurde bei Ihrem Kind eine der folgenden Therapien vorgenommen?

- Bluttransfusion
- Strahlentherapie
- Logopädie
- Es wurde keine der genannten Therapien vorgenommen.
- Chemotherapie
- Herzoperation
- _____

Leidet Ihr Kind an Allergien, Medikamenten- / Lebensmittelunverträglichkeiten?

- Ja
- Nein

Falls ja, worauf reagiert Ihr Kind? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

- Ja
- Nein

Falls ja, welche Medikamente nimmt Ihr Kind? _____

Zahnärztliche Anamnese:

Grund Ihres Besuchs: _____

War Ihr Kind vorher schon in zahnärztlicher Behandlung?

- ja
- Nein

Falls ja, bei wem? _____

Wurden die Zähne Ihres Kindes bereits geröntgt?

- ja
- Nein

Falls ja, wo und wann? _____

Ist oder war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

- ja
- Nein

Falls ja, wo und wann? _____

Lutscht Ihr Kind am Finger oder Schnuller bzw. hat dies getan?

- ja
- Nein

Falls ja, bis zu welchem Alter? _____

Zahnpflege:

DAS ZAHNSCHIFF
PRAXIS FÜR KINDERZAHNHEILKUNDE

DRES. MED. DENT. H.-M. GUNIA UND M. BANSEN
WALDSTR. 1, 22926 AHRENSBURG



Womit putzt Ihr Kind?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Handzahnbürste | <input type="checkbox"/> elektrische Zahnbürste |
| <input type="checkbox"/> Munddusche | <input type="checkbox"/> Zahnseide |
| <input type="checkbox"/> Zwischenraumbürstchen | <input type="checkbox"/> Zahnhölzchen |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Putzt Ihr Kind alleine die Zähne? ja Nein

Putzen Sie noch nach? ja Nein

Falls ja, wann? _____

Benutzen Sie Zahnpasta mit Fluorid ohne Fluorid?

zusätzliche Fluoridierungsmaßnahmen?: ja Nein

Falls ja Welche? _____

Ernährung:

Mein Kind wird noch gestillt ja Nein

Es wurde bis zum Alter von _____ Monaten gestillt.

Mein Kind trinkt aus dem Becher der Flasche?

Was trinkt ihr Kind? _____

Wie viele Mahlzeiten bekommt Ihr Kind?

- 2-3x 4-5x öfter

Gibt es Zwischenmahlzeiten / Snacks/Teepause? ja Nein

Falls ja, wie oft? _____

Was isst Ihr Kind zwischendurch? _____

Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja Nein

Bekommt / bekam Ihr Kind Fluoridtabletten? ja Nein

Möchten sie in unser Recall-System (Termin-Erinnerung) aufgenommen werden?

- ja Nein

Da wir eine Bestellpraxis sind, sind wir auf zuverlässiges Einhalten der Termine angewiesen. Bitte sagen Sie daher Ihren Termin spätestens 24h vorher ab oder legen uns ein ärztliches Attest vor, andernfalls sind wir berechtigt Ihnen die Ausfallzeit anteilig mit 25-50€ zu berechnen.

Falls Sie über Mehrkosten informiert werden, bitten wir Sie diese direkt vor Ort bar oder per ec-cash zu begleichen.

Ahrensburg, den _____
Ort, Datum

Unterschrift