



Zahnarztpraxis Dr. Alexander J. Hoffmann

• Am Anger 14 • 92670 Windischeschenbach

Tel.: 09681-91510 • Fax: 09681-91511 • eMail: info@praxis-dr-hoffmann.com

www.praxis-dr-hoffmann

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?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1. Probleme beim Hören oder Taubheit?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

2. Probleme beim Sprechen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

3. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

5. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

7. Erkrankungen der Leber oder Niere?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8. Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? Welche?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

9. Geistige Beeinträchtigungen oder Behinderung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

10. Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche? Herzpass seit:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

11. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

12. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

13. Reagiert Ihr Kind allergisch? Wenn ja, auf was?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

14. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

15. Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?

16. Besonderheiten bei der Geburt:

Frühgeburt?

Kaiserschnitt?

Zangengeburt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

17. Wurde Ihr Kind bereits stationär im Krankenhaus behandelt?

Warum?

18. Name des Kinderarztes:

Zahnmedizinische Anamnese

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

Ernährung

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

Anamnese der Eltern

Mutter

	ja	nein
1. Sind Sie anfällig für Karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Neigen Sie zur Zahnsteinbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Sie gegen Irgendetwas allergisch? Gegen was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
5. Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
6. Leiden Sie an Erbkrankheiten, wenn ja, an welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		

Vater

	ja	nein
1. Sind Sie anfällig für Karies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Neigen Sie zur Zahnsteinbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie vor dem Zahnarztbesuch Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Sie gegen Irgendetwas allergisch? Gegen was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
5. Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
6. Leiden Sie an Erbkrankheiten, wenn ja, an welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		

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

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/ r
