



DR. MED. DENT.
WICKLEIN

Praxis für Zahnheilkunde

KINDER ANAMNESEBOGEN

Liebe Eltern

Wir sind an einer guten Behandlung Ihres Kindes interessiert, deshalb möchten wir Sie bitten, diesen speziellen Kinder-Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen.

Ihre Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, helfen uns, Ihr Kind medizinisch verantwortlich zu betreuen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Ihr Dr. Tobias Wicklein

Patient / in

Name / Vorname des Kindes: _____ geb: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Familienversichert bei Vater Mutter

Name / Vorname: _____ geb: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Rechnungsadresse: _____

Was ist der Grund Ihres Besuchs? _____

Erhält Ihr Kind Fluoride? Ja Nein

Wenn ja, welche? Speisesalz Zahnpasta Tabletten andere

Anamnese der Eltern

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Allergie Vater: _____ Allergie Mutter: _____

Vater: Neigen Sie zu

- Karies Zahnstein
 Zahnfleischbluten Zahnarztangst

Mutter: Neigen Sie zu

- Karies Zahnstein
 Zahnfleischbluten Zahnarztangst

Haben Sie in der Schwangerschaft Antibiotika einnehmen müssen? Ja Nein

Wie oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Google Jameda Facebook anderes: _____

Bitte wenden ►

Spezielle Anamnese

	Ja	Nein		Ja	Nein
Normale Entwicklung des Kindes? Anmerkungen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Wenn ja, warum? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind gestillt worden? Wenn ja, wie lange? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allergien? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat oder hatte Ihr Kind folgende Krankheiten?		
Hat Ihr Kind einen Allergiepass? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Lutschgewohnheiten hat / hatte ihr Kind?			Herzfehler/-krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schnuller <input type="checkbox"/> Daumen, Finger			Lunge / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trinkfläschchen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			Stoffwechselerkrankung (z. B. Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis wann? _____			Nieren-/ Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War ein Elternteil in kieferorthopädischer Behandlung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei wem und weshalb? _____			Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sonstige Erkrankungen? _____		
			Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?		

Zahnpflege & Ernährung

	Ja	Nein		Ja	Nein
Putzt Ihr Kind seine Zähne allein? Wie oft täglich? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elektrische Zahnbürste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie häufig gibt es Süßigkeiten? _____			Handzahnbürste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was trinkt ihr Kind tagsüber?					
<input type="checkbox"/> Fruchtsäfte <input type="checkbox"/> Limonaden <input type="checkbox"/> stilles Wasser <input type="checkbox"/> Mineralwasser <input type="checkbox"/> Tee gesüßt <input type="checkbox"/> Tee ungesüßt					
Hat Ihr Kind etwas zu trinken am Bett? Wenn ja, was? _____					

Zum Schluss

	Ja	Nein		Ja	Nein
Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erinnern? Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erster Besuch beim Zahnarzt? Hat Ihr Kind Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> per SMS/Sprachnachricht <input type="checkbox"/> per E-Mail					
<input type="checkbox"/> per Telefonanruf <input type="checkbox"/> per Postkarte					

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.
Besuchen Sie uns auf unserer Internetseite www.dr-wicklein.de. Bleiben Sie mit uns in Kontakt und erfahren Sie Wissenswertes rund um Ihre Zahngesundheit sowie aktuelle Neuigkeiten über unsere facebook-Seite.
Wir bedanken uns für die Beantwortung unserer Fragen!
Ihr Zahnarzt für die ganze Familie. Dr. Tobias Wicklein

_____ Erlangen, den

_____ Unterschrift des gesetzl. Vertreters