

# Zahnärztlicher Anamnesebogen

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte,

nur eine genaue Anamnese ermöglicht uns eine optimale Behandlung Ihres Kindes. Bitte lesen Sie sich daher die untenstehenden Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an oder füllen Sie gegebenenfalls aus. Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit!

---

Vor- und Zuname Ihres Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Ihres Kindes \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_

Adresse d. Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz / Mobil \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer / Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Rechnungsempfängers \_\_\_\_\_

Name / Anschrift Ihres Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus Ihres Kindes

gesetzlich versichert

privat versichert

Basistarif- oder Standardtarif-versichert

beihilfeberechtigt

---

1. Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung oder gibt es andere Besonderheiten? \_\_\_\_\_

2. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt?

ja, ggf. welche \_\_\_\_\_

nein

4. Bitte nennen Sie uns Ihren betreuenden Kinderarzt: \_\_\_\_\_

---

5. Falls Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt wurde: Wie beurteilen Sie sein Verhalten?

Kooperativ

Ängstlich, aber die Behandlung war möglich

Verweigerung

6. Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

7. Gibt es Schlüsselreize / Besonderheiten für Ihr Kind im Zusammenhang mit Ärzten;  
z.B. Spritzenangst, Würgereiz? ja, \_\_\_\_\_ nein
8. Lutscht Ihr Kind an Daumen oder Schnuller oder hat es früher gelutscht?  
ja, bis zum \_\_\_\_\_ Lebensjahr nein

- 
9. In welchem Alter kam der erste Milchzahn? Mit \_\_\_\_\_ Monaten.
10. Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? \_\_\_\_\_
11. Wie putzt Ihr Kind seine Zähne? alleine mit Hilfe der Eltern nur die Eltern
12. Welche Zahnpasta verwenden Sie? \_\_\_\_\_
13. Wurden Fluoridtabletten verabreicht? Wenn ja, wie lange?  
ja, bis zum \_\_\_\_\_ Lebensmonat nein
14. Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein

- 
15. Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken? ja nein  
Wenn ja, was war / ist in der Flasche? \_\_\_\_\_
16. Wurde Ihr Kind gestillt? ja, bis zum \_\_\_\_\_ Monat nein
17. Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf? (Bitte unterstreichen)  
Limonade, Eistee, Cola, Kakao, Tee mit Zucker, Instandtee, Fruchtsaft, Gemüsesaft,  
Fruchtschorle, Mineralwasser, aromatisiertes Wasser, Milch, Tee ungesüßt  
Sonstiges: \_\_\_\_\_
18. Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit? (Bitte unterstreichen)  
Kuchen, Süßigkeiten, Chips, Salzstangen, Obst, Gemüse, belegtes Brot, Kaugummi, Kekse,  
Sonstiges: \_\_\_\_\_
19. Wie oft isst Ihr Kind Zwischenmahlzeiten am Tag? Ungefähr \_\_\_\_\_ mal täglich.

- 
20. Sorgerecht: Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.  
Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.  
Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

- 
21. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

---

*Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift