



Dr. med. dent. MSc. MSc.

Costin Baumgärtel
Zahnarzt

Kinder – Anamnesebogen



Liebe Eltern,

Herzlich Willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Wir möchten Sie bitten, sich kurz etwas Zeit zu nehmen und diesen Anamnesebogen für Ihr Kind auszufüllen. Wir möchten Ihrem Kind eine bestmögliche Behandlung in angenehmer Atmosphäre bieten können.

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon

Privat _____ Mobil _____

E-Mail

Versicherung/
Krankenkasse

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja Nein


Grund des heutigen Zahnarztbesuches? _____

Name des Kinderarztes: _____

Sind bei Ihrem Kind folgenden Krankheiten/Symptome aufgetreten? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankungen _____
- Asthma oder Lungenerkrankungen/Schwierigkeiten bei der Atmung? _____
- Lernschwäche, Sprachprobleme oder geistige Behinderung/Verzögerung? _____
- Leber- oder Nierenerkrankung? _____
- Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt? _____
- Spastik oder veränderter Muskeltonus? _____
- Hörprobleme/Taubheit oder Sehschwäche/Blindheit? _____

Koomansstr. 2
57078 Siegen-Geisweid
Tel.: 0271 / 811 67

kontakt@zahnarzt-cb.de
zahnarzt-siegen-geisweid.de
 [zahnaerzte.siegen](https://www.instagram.com/zahnaerzte.siegen)

- Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? _____
- Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich)? _____
- Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes? _____
- Tumore oder bösartige Krankheiten? _____
- Leidet Ihr Kind unter sonstigen Erkrankungen? Ja Nein Wenn ja welche? _____
- Hat Ihr Kind Allergien? Wie äußert sich das? _____
- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein oder hat es in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente genommen? Ja Nein Wenn ja Welche? _____
- Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? _____

Zahnmedizinische Anamnese (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? _____
- Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? _____
- Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? _____
- Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? _____
- Lutscht Ihr Kind am Daumen? _____
- Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne am Tag? _____

Ernährungsgewohnheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange? _____
- Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? Wie lange? _____
Immer noch? Morgens? Abends? Nachts?
- Isst Ihr Kind viel Süßes? Wie oft am Tag? _____
- Geben Sie Ihrem Kind Fluoridpräparate: Zahnpasta? fluoridiertes Speisesalz? Tabletten?

Besteht Interesse an unserem Recallsystem per E-Mail? Ja Nein

Liebe Eltern, wir sind eine Bestellpraxis. Die vereinbarten Termine werden speziell für Ihr Kind freigehalten. Wir bitten Sie daher im Verhinderungsfall so schnell wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen.

Ich habe die oben aufgeführten Fragen nach meinem besten Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter