



Prophylaxeorientierter Anamnesebogen für Kinder des 1. bis 10. Lebensjahres

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns stets mitzuteilen

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Alter des Kindes (Jahre/Monate): _____ Muttersprache: _____

Allgemeine Anamnese:

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Bei welchem Arzt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leidet es an Allergien (Jod), Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Hatte Ihr Kind jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Hatte Ihr Kind schon einmal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Hat Ihr Kind Diabetes (Zuckerkrankheit) oder Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Andere Erkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Spezielle Anamnese (prophylaxeorientiert):

Wie oft putzen Sie Ihrem / putzt Ihr Kind die Zähne?	<input type="checkbox"/>	gar nicht	<input type="checkbox"/>	manchmal	<input type="checkbox"/>	1 x täglich	<input type="checkbox"/>	2 bis 3 x täglich
Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/>	Kind selbst	<input type="checkbox"/>	Geschwister	<input type="checkbox"/>	Eltern	<input type="checkbox"/>	Eltern und Kind
Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	Kinder Handzahnbürste	<input type="checkbox"/>	Erwachsenen Handzahnbürste	<input type="checkbox"/>	elektr. Kinder Zahnbürste	<input type="checkbox"/>	elektische Zahnbürste
Wann putzen Sie Ihrem Kind / putzt Ihr Kind die Zähne regelmäßig?	<input type="checkbox"/>	morgens	<input type="checkbox"/>	mittags	<input type="checkbox"/>	vor den Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	nach den Mahlzeiten
Verwenden Sie eine zeitliche Putzhilfe (z.B. eine Sanduhr oder einen Timer)?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein				



Spezielle Anamnese (Fluorid-Status):

Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? Wenn ja, in welcher Dosierung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind?	<input type="checkbox"/> gar keine	<input type="checkbox"/> fluoridfreie für Kinder (500 ppm Fluorid) <input type="checkbox"/> für Erwachsene (1000 ppm Fluorid)
Verwenden Sie bei Ihrem Kind ein Fluoridgelee (z.B. Elmex-Gelee)? Wenn ja, wie oft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> mehrmals <input type="checkbox"/> einmal wöchentlich
Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> weiß nicht	
Verwenden Sie fluoridiertes Mineralwasser	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> weiß nicht	
Kennen Sie den Fluoridgehalt Ihres Mineralwassers?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> weiß nicht	
Kennen Sie den Fluoridgehalt Ihres Trinkwassers?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> weiß nicht	

Spezielle Anamnese (Kinder vom 1. bis zum 3. Lebensjahr):

Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> weiß nicht	
Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/> Flasche	<input type="checkbox"/> Becher / Tasse
	andere: _____	
Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, woraus?	<input type="checkbox"/> Tasse Becher mit Trinkaufsatz	
	<input type="checkbox"/> offene Tasse / Becher ohne Trinkaufsatz	
Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse / Becher?	_____ Jahr / Monat	
Welche Schnullergewohnheiten oder Daumenlutschgewohnheiten hat Ihr Kind?		
Es lutscht am Daumen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann?	<input type="checkbox"/> tagsüber, wenn es müde ist <input type="checkbox"/> häufig zur Beruhigung <input type="checkbox"/> immer zum Einschlafen	
Es hat einen Nuckel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann?	<input type="checkbox"/> tagsüber, wenn es müde ist <input type="checkbox"/> häufig zur Beruhigung <input type="checkbox"/> immer zum Einschlafen	



Spezielle Anamnese (Zuckerkonsum):

Trinkt Ihr Kind gesüßte Getränke oder Tee mit Zucker oder Süßstoff?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Welches Getränk wird am Häufigsten konsumiert?	<input type="checkbox"/>	Wasser	<input type="checkbox"/>	Apfelsaft
	<input type="checkbox"/>	Tee	<input type="checkbox"/>	Eistee
	<input type="checkbox"/>	Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	Cola
	<input type="checkbox"/>	Fanta	<input type="checkbox"/>	Milch/Kakao
	<input type="checkbox"/>	sonstiges: _____		
Wie oft konsumiert Ihr Kind Süßigkeiten oder stark zuckerhaltige Lebensmittel?	<input type="checkbox"/>	einmal täglich	<input type="checkbox"/>	mehrmals
	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	nie

Spezielle Anamnese (Zahnarztterfahrung):

Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wenn ja, wann?	_____			
Wenn ja, warum?	_____			
Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?	<input type="checkbox"/>	keine		
Wenn ja, welche?	_____			

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z.B. Mutter des Kindes): _____

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchung?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Nehmen Sie selbst an einem Prophylaxe-Programm teil?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hier noch ein Hinweis:

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen die halbjährlich von der Krankenkasse übernommen werden und ab dem 6. Geburtstag Ihres Kindes zusätzlich die halbjährlichen Angebote zur Individualprophylaxe. In den meisten Fällen sind diese ausreichend. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.