



Liebe Eltern,

wir freuen uns, Ihr Kind bei uns begrüßen zu dürfen und möchten sicherstellen, dass der Besuch in unserer Praxis so angenehm wie möglich verläuft. Daher möchten wir Sie bitten den folgenden Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Die Informationen helfen uns auf die individuellen Bedürfnisse Ihres Kindes einzugehen und eine optimale Behandlung zu gewährleisten.



Persönliche Angaben Kind

Name (Kind) _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Telefon _____

Versicherungsart

Krankenkasse _____

- | | |
|---|---|
| ☐ Gesetzliche Versicherung | ☐ Zusatzversicherung |
| ☐ Private Versicherung | ☐ Beihilfe ☐ Basistarif |

Über welche Person ist das Kind versichert?

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Telefon _____

Mobiltelefon _____ E-Mail _____

Hat Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten?

- | | |
|---|---|
| ☐ Herzerkrankung | ☐ Epilepsie (Krampfanfälle) |
| ☐ Asthma | ☐ Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung |
| ☐ Erkrankung der Leber oder Niere | ☐ HNO-Erkrankungen |
| ☐ Infektionskrankheiten, z.B. Hep., TBC, HIV | ☐ AD(H)S |
| ☐ Zuckerkrankheit | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Blutgerinnungsstörung / Blutkrankheit | ☐ Magen-Darm-Erkrankung |

Bestehen sonstige Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Allergien? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, worauf? _____

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____



Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne angefertigt?

☒ ja

☐ nein

Wenn ja, wann und von welchem Arzt? _____

Zahnpflege

Wer putzt die Zähne?

☐ Kind

☐ Nachputzen durch Eltern

☐ Eltern

Womit werden sie geputzt?

☐ Handzahnbürste

☐ Elektr. Zahnbüste

☐ Zahnseide

☐ Sonstiges _____

Mit welcher Zahnpasta?

☐ fluoridhaltig

☐ fluoridfrei

Wie oft?

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x täglich

Fluoridzufuhr

Werden oder wurden D-Fluoretten gegeben?

☐ ja

☐ nein

Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet?

☐ ja

☐ nein

Wird zuhause fluoridiertes Speisesalz genutzt?

☐ ja

☐ nein

Trinkgewohnheiten

☐ Aus der Flasche

☐ Zuckerhaltig

☐ Tagsüber

☐ Zuckerfrei

☐ Nachts/ zum Einschlafen

☐ Becher/Tasse/Glas

☐ Stillen

Falls zutreffend

Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?

☐ Daumen, Finger

☐ Schnuller

☐ Trinkfläschchen

☐ sonstiges: _____

Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

☐ ja, bei _____

☐ nein

Welche Einstellung hat Ihr Kind dem Zahnarztbesuch gegenüber?

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte: _____