

Anamnesebogen für das 1.-3. Lebensjahr

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 mitzuteilen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Alter des Kindes (Monate): _____ Muttersprache: _____

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Bei welchem Arzt? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Leidet es an Allergien(Jod), Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein
Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)? Ja Nein
Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein
Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja Nein
Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? Ja Nein
Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein
Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? Ja Nein
Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? Ja Nein
Andere Erkrankungen? _____ Ja Nein
Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja Nein

1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?
gar nicht manchmal 1 x täglich 2 – 3 x täglich

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?
gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta Erwachsenenzahnpasta
(500 ppm Fluorid) (über 1000 ppm Fluorid)

3. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?
Eltern Kind Eltern und Kind

4. Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?
morgens mittags abends
vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten

5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?
Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? Ja Nein

7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? Ja Nein
 weiß nicht

8. Wird/wurde Ihr Kind gestillt? ja nein

9. Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke? ja nein

Wenn ja, woraus?

- Tasse/Becher mit Trinkaufsatz
 offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz

10. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken? ja nein

Wenn ja: wie? Brust Flasche Becher mit Trinkaufsatz andere: _____

11. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche? Wasser ungesüßter Tee

Apfelsaft

Eistee anderes _____

12. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? _____ (Jahr / Monat)

13. Bekommt Ihr Kind schon Beikost? Ja Nein

Wenn ja, welche?

14. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?

Es schnullert/lutscht am Daumen :

nein tags, wenn es müde ist häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen

Schnullert es /lutscht es nachts am Daumen? Ja Nein

Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen? Ja Nein

15. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? Ja Nein

Wenn ja, wann? warum?

16. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)

keine

17. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik? _

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? ja nein

Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchung? ja nein

Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben? ja nein

Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!