

## Anamnesebogen Kinder

Liebe Eltern,  
wir möchten Ihrem Kind einen stressfreien Behandlungsablauf anbieten. Dazu möchten wir Ihr Kind im Vorfeld ein wenig kennen lernen und benötigen einen Überblick über dessen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns mit höchster Verantwortung behandelt.

### Angaben zum Kind

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Kinderarzt: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Erziehungsberechtigten

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Versicherungsnehmer / Rechnungsempfänger (falls abweichend)

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Lieblingsfarbe Ihres Kindes: \_\_\_\_\_  
Lieblingsessen: \_\_\_\_\_  
Bester Freund / beste Freundin: \_\_\_\_\_  
Hobby / liebste Freizeitbeschäftigung: \_\_\_\_\_  
Lieblingsfernsehsendung: \_\_\_\_\_

Welche Einstellung hat Ihr Kind zum Zahnarzt?  Sehr ängstlich  Angespannt, aufgereggt  
 Egal, kein Problem  Zahnarztbesuche sind prima

Gibt es etwas, was Ihr Kind beim Arzt / Zahnarzt bisher gar nicht mochte? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was ist der Grund für den heutigen Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Wurden Fluoridtabletten verabreicht?  ja  nein  
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?  ja  nein



## Anamnesebogen Kinder

### Hatte Ihr Kind jemals ...

· eine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente / Spritzen?  
Wenn ja, bei welchem Präparat?  ja  nein

· Schwierigkeiten mit langen Blutungen?  
· eine allergische Reaktion?  
Wenn ja, worauf?  ja  nein

· eine Erkrankung mit langem Krankenhausaufenthalt?  
Wenn ja, warum?  ja  nein

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? \_\_\_\_\_

Wie putzt Ihr Kind seine Zähne?  alleine  mit Hilfe der Eltern  nur durch die Eltern

Welche Zahnpasta verwenden Sie? \_\_\_\_\_

Wird / wurde Ihr Kind gestillt?  Ja, noch immer  bis zum \_\_\_\_\_ Monat  Nie

Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken?  Ja, noch immer  bis zum \_\_\_\_\_ Monat  Nie

Was war / ist in dem Fläschchen enthalten? \_\_\_\_\_

Lutscht Ihr Kind am Schnuller / Daumen?  Ja, noch immer  bis zum \_\_\_\_\_ Monat  Nie

Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich? \_\_\_\_\_

Wie oft isst Ihr Kind üblicherweise Zwischenmahlzeiten am Tag?  ca. \_\_\_\_\_ mal täglich

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit? \_\_\_\_\_

Wie haben Sie von uns erfahren? \_\_\_\_\_

Möchten Sie 2x jährlich an Ihren Vorsorgetermin Ihres Kindes  
per Post oder E-Mail erinnert werden?  ja  nein

Möchten Sie per SMS an den Behandlungstermin erinnert werden?  ja  nein

### Anmerkungen zur Behandlung:

Es ist sehr hilfreich, wenn Sie vorher und im Sprechzimmer bestimmte Formulierungen nicht benutzen. Dazu gehören z.B.: „Du brauchst keine Angst haben“, „Es tut nicht weh“ oder „Das ist gar nicht so schlimm“, sowie die Wörter „Spritze“ und „tapfer“. Solche Hinweise sind gut gemeint, können aber ihren Zweck verfehlen, da sie Skepsis bei Kindern wecken. Wir werden mit Ihrem Kind behutsam umgehen sowie altersgerecht und situationsangepasst kommunizieren.

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir bitten um Verständnis, dass nach mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr vergeben werden. Ausfallzeiten sind nach § 615 BGB, 287 ZPO berechnungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten