

# ANAMNESEBOGEN

## ERNÄHRUNG & MUNDHYGIENE BEI KINDERN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Familienmitglied  Selbst versichert  Freiwillig versichert

Pflichtversichert  Privat zusatzversichert

Erziehungsberechtigter bzw. Mitglied:

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Private Versicherung: \_\_\_\_\_

Basis-Standardtarif? Ja  Nein

Beihilfeberechtigt? Ja  Nein

Leidet Ihr Kind an ein- oder mehreren  
der folgenden Krankheiten?

- Allergien \_\_\_\_\_  Asthma  
 Nierenerkrankungen  Hörstörungen  
 Magen-Darm-Erkrankungen  Tuberkulose  
 Zuckererkrankung  Lebererkrankung  
 Anfallsleiden( z. B. Epilepsie)  Kreislaufbeschwerden  
 Nervenerkrankung  Immunschwäche  
 Erkrankung des Blutes  Lungenerkrankung  
 Herzfehler

Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Muss Ihr Kind Medikamente nehmen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie lange liegt der letzte Zahnarztbesuch zurück? \_\_\_\_\_

VORBEHANDLER: \_\_\_\_\_

KINDERARZT: \_\_\_\_\_

### Ernährung



#### **Trinken**

- Tee mit Zucker  Kakao  
 Tee ohne Zucker  Wasser  
 Milch  Fruchtsaft  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Was isst Ihr Kind gerne? \_\_\_\_\_

### SÜSSIGKEITEN

- Ja  Nein  
 Wenn ja, wie oft?  Selten  
 1x täglich  mehr als 5x täglich

### Richtiges Putzen



#### **DAS KIND PUTZT DIE ZÄHNE**

- Bisher noch nicht  Ohne Zahnpasta  
 Nicht regelmäßig  Mit Zahnpasta:  
 1x  2x  3x täglich  Für Erwachsene  
 Für Kinder

#### **DIE ZAHNREINIGUNG DES KINDES ERFOLGT**

- Bereitwillig  Durch das Kind  
 Mit Widerstand  Mithilfe der Eltern  
 Wechselhaft  Durch die Eltern

#### **DIE ZÄHNE WERDEN GEPUTZT**

- Vor dem Frühstück  
 Nach dem Frühstück  
 Nach dem Mittagessen  
 Sofort nach dem Abendessen  
 Erst vor dem Zubettgehen

#### **DURCHSCHNITTLICHE PUTZDAUER**

\_\_\_\_\_ Minuten

#### **DIE ZÄHNE WERDEN GEPFLEGT MIT**

- Handzahnbürste  Zahnseide  
 Für Kinder  Sonstiges  
 Für Erwachsene \_\_\_\_\_

Elektrische Zahnbürste

### Fluoridanamnese

#### **VERWENDEN SIE EINE FLUORIDIERTE ZAHNPASTA**

Ja  Nein

#### **EINE TABLETTENFLUORIDIERUNG**

- Wurde nicht durchgeführt  
 Wird durchgeführt

## Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn Mund Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen wie z.B. Hämatom, eine vorübergehende Nervbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herangesetzte Verkehrsbeeinträchtigung.

Lieber Patient, wir sind eine Bestellpraxis. Wenn wir unsere Zeit für Sie reservieren und Sie nicht erscheinen, sind weder der Zahnarzt noch seine Mitarbeiter in dieser Zeit beschäftigt. Daher bitten wir Sie, für den Fall, dass Sie Ihre reservierte Behandlungszeit nicht wahrnehmen können, rechtzeitig (möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Bei unentschuldigtem Fernbleiben werden wir Ihnen ein Ausfallhonorar (100-250€) in Rechnung stellen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass sämtliche Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, wenn die Versichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht wird.

Mein Einverständnis und Kenntnisnahme bestätige ich mit meiner Unterschrift.

DATUM, UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_