

Anamnesebogen Kinder u. Jugendliche



Name: _____ **Alter:** _____ **Nr:** _____

Bitte vor der Behandlung ausfüllen. Fragen Sie wenn Sie Hilfe benötigen.

- | | Ja | Nein | | |
|--|-----------------------|-----------------------|--|---|
| 1. Herzfehler, Herzerkrankung? Herzpass : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Christian W. Nordheim
Zahnarzt

Praxis für präventive und
ästhetische Zahnheilkunde
-
Laserzahnheilkunde seit 1994
-
Tätigkeitsschwerpunkt
Implantologie

Tätigkeitsschwerpunkt
Parodontologie

ambulante
Vollnarkosebehandlungen | |
| 2. Asthma, Lungenerkrankungen, Schwierigkeiten mit der Atmung ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 3. Lernschwäche, Sprachprobleme , ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 4. Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 5. Leber- oder Nierenerkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 6. Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 7. Hörprobleme oder Taubheit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 8. Sehschwäche oder Sehbehinderung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 9. Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 10. Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 11. Tumore oder bösartige Krankheiten ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 12. Blutkrankheiten (blutet ihr Kind länger als üblich) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 13. Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 14. Sind Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen vollständig ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 15. Hat Ihr Kind einen Impfpass ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 16. Leidet Ihr Kind unter sonstigen Krankheiten ? Allergien ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | |
| 17. War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus (außer bei der Geburt) ? | | | | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 18. Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen ? Wenn Ja, was: _____ | | | | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

Zahnmedizinische Anamnese

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt ? Wann ? _____
und bei wem war Ihr Kind in Behandlung? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Gibt es Menschen od. Dinge, die bei der Behandlung dabei sein sollten ? | | |
| 4. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund od. Gesichtsbereich? Kiefergelenkgeräusche ? _____ Wann ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Was ist der Grund für den heutigen Besuch? _____ | | |
| 6. Ist eine Kieferorthopädische Behandlung geplant oder abgeschlossen ? | | |
| 7. Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege werden benutzt ? _____ | | |

Ernährungsgewohnheiten

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken ? Wie lange ? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Was war/ ist in der Flasche ? _____ | | |
| 3. Ist Ihr Kind ein guter Esser ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Isst Ihr Kind viel Süßes ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Welche ? _____ | | |

Datum

Unterschrift Versicherter /Erziehungsberechtigte

Bahnhofstr.25a
 53783 Eitorf
 Fon: 02243 - 81656
 Fax: 02243 - 81661
www.zahnarzt-nordheim.info