

ZAHNÄRZTLICHER ANAMNESEBOGEN KINDER

Patientennummer:



Liebe Eltern, liebe Kinder,
willkommen in unserer Praxis! Bitte füllen Sie diesen Bogen aus, damit wir
euch gut behandeln können. Auch allgemeine Erkrankungen sind für die
zahnärztliche Behandlung wichtig. Alle Angaben bleiben vertraulich. Infos
zum Datenschutz gibt es auf unserer Homepage oder im Wartebereich.
Euer Praxisteam – Zahnwerk am Wieter

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Name des Elternteils / des Versicherten:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Krankenkasse des Kindes:

Kinder- und Jugendarzt/-ärztin:

MUNDGESUNDHEITSSITUATION (Bitte kreuzen Sie an, was auf Ihr Kind zutrifft.)

- ☐ Hat Ihr Kind aktuell Beschwerden im Mundbereich?
- ☐ Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit Probleme bei zahnärztlichen Behandlungen?
- ☐ Befindet sich Ihr Kind aktuell in kieferorthopädischer Behandlung?
wenn ja, seit wann und bei welchem Kieferorthopäden? _____
- ☐ Knirscht oder presst Ihr Kind mit den Zähnen?
- ☐ Hat(te) Ihr Kind eine Nuckelgewohnheit (Schnuller / Daumen)?
wenn ja, in welchem Alter? _____
- ☐ Trinkt Ihr Kind häufig zuckerhaltige Getränke?
- ☐ Putzt Ihr Kind täglich die Zähne?
Wer putzt die Zähne? _____

Bitte weiter auf Seite 2

Hindenburgstraße 12, 37154 Northeim, 05551 2500, praxis@zahnwerk-am-wieter.de
PRAXISZEITEN Mo 8 – 17 | Di 8 – 19 | Mi 8 – 16 | Do 8 – 17 | Fr 8 – 12 Uhr

[zahnwerk-am-wieter.de](https://www.zahnwerk-am-wieter.de)

Senden Sie den ausgefüllten Bogen vorab an praxis@zahnwerk-am-wieter.de oder bringen Sie ihn ausgedruckt zum Termin mit.

GESUNDHEITSFRAGEN KINDER

Patientennummer: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen und kreuzen Sie an, was auf Ihr Kind zutrifft.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

- ☐ Gab es frühkindliche Erkrankungen oder Entwicklungsauffälligkeiten?
- ☐ Gab es in der Vergangenheit Operationen oder Krankenhausaufenthalte?
- ☐ Leidet Ihr Kind an einer Blutgerinnungsstörung?
- ☐ Leidet Ihr Kind an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzfehler)?
- ☐ Leidet Ihr Kind an einer Leber- oder Nierenerkrankung?
- ☐ Hat oder hatte Ihr Kind Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis B/C, HIV)?

Bestehen chronische Erkrankungen:

- ☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Epilepsie (Krampfanfälle) ☐ Sonstige: _____
- ☐ Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, bitte auflisten: _____

Hat Ihr Kind Allergien oder Unverträglichkeiten gegen:

- ☐ Medikamente (z. B. Antibiotika) ☐ Lokalanästhetika ☐ Latex ☐ Metalle ☐ Sonstiges: _____

Gibt es weitere Erkrankungen oder Besonderheiten, die für uns wichtig sind?

HINWEIS ZUR FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNG UND INDIVIDUALPROPHYLAXE

Ab dem 6. Lebensmonat, sobald die ersten Milchzähne sichtbar werden, können Kinder zur Früherkennungsuntersuchungen (FU) vorgestellt werden. Ziel ist es, Kariesrisiken frühzeitig zu erkennen und Eltern zur Zahnpflege und Ernährung zu beraten. Wir bieten außerdem ab dem vollendeten 6. Lebensjahr die Individualprophylaxe (IP) an – eine wichtige Maßnahme zur Vorbeugung von Karies, die von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird. Sprechen Sie uns gerne darauf an!

TERMINERINNERUNG / RECALL (Bitte ankreuzen, falls gewünscht.)

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Kontrolle: | Zahnreinigung: | Benachrichtigung: |
| ☐ halbjährlich | ☐ halbjährlich | ☐ per E-Mail |
| ☐ jährlich | ☐ jährlich | ☐ per Telefon |

Für Ihren Termin ist die Zeit ausschließlich für Ihr Kind reserviert. Bitte sagen Sie daher mindestens 24 Stunden vorher ab, falls Sie verhindert sind. So können wir die Zeit anderen Patientinnen und Patienten anbieten und längere Wartezeiten vermeiden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben sowie der Angaben meines Kindes, habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten und der Daten meines Kindes einverstanden.

Datum, Unterschrift der erziehungsberechtigten Person