

# ANAMNESEBOGEN FÜR KINDER

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allgemeinerkrankungen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind momentan krank? \_\_\_\_\_

Was ist der Grund Ihres Besuchs? \_\_\_\_\_

Ist dies der erste Zahnarztbesuch für Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Besteht Zahnarzt- bzw. Arztangst? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind schon einmal schlechte Erfahrungen beim Arzt oder in einem Krankenhaus gemacht?  
\_\_\_\_\_

Atmet Ihr Kind durch den Mund? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind einen Nuckel? Wenn ja, wann und wie lange? \_\_\_\_\_

Nuckelt Ihr Kind am Daumen? Wenn ja, wann und wie lange? \_\_\_\_\_

Womit putzt Ihr Kind seine Zähne (Hand/elektrisch)? \_\_\_\_\_

Putzen Sie nach? \_\_\_\_\_

Verwendet Ihr Kind Zahnseide? \_\_\_\_\_

Verwenden Sie fluoridierte Zahncreme? \_\_\_\_\_

Sonstige Fluoridierung? Salz, Trinkwasser, etc. ... \_\_\_\_\_

Wie sind die Ess- bzw. Trinkgewohnheiten Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

Hobbys Ihres Kindes? (Verein: Tanzen, Fußball, etc.) \_\_\_\_\_

## BEHANDLUNGSVOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich Frau Dr. Nicole Nehring und Kolleginnen, Schwanseestr. 86a in Weimar, dass Sie alle notwendigen zahnmedizinischen Behandlungen (Röntgen, Füllungstherapie, Fluoridierung)

an meinem/r Sohn/Tochter ..... durchgeführt werden dürfen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift 1. Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift 2. Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_