

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? _____

Lieblingsfarbe Ihres Kindes? _____

Lieblingsbuch Ihres Kindes? _____

Lieblingkuscheltier Ihres Kindes? _____

Lieblingstier Ihres Kindes? _____

Lieblingfilm bzw. DVD Ihres Kindes? _____

Lieblingsfigur Ihres Kindes? _____

Lieblingsspiel Ihres Kindes (Playstation/X-Box)? _____

Lieblingssport Ihres Kindes? _____

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

Datum:

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten: