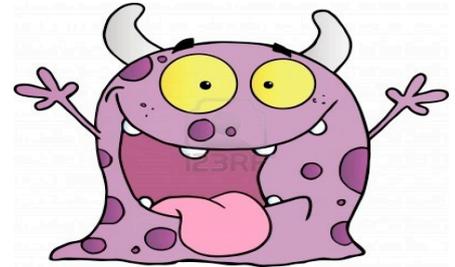




## Kinderanamnese- und Beratungsbogen



Herzlich Willkommen in unserer Praxis.  
Wir möchten Ihrem Kind eine bestmögliche und individuelle Behandlung ermöglichen. Dabei ist Ihre Mithilfe notwendig. Bitte füllen Sie nachfolgenden Bogen sorgfältig aus, gern helfen wir Ihnen bei der Beantwortung der Fragen.

Vorname:	Name:	geb.:
Hobbis:	Lieblingsfilme:	Lieblingsspielzeug:
Straße:	PLZ/ Wohnort:	☎ tagsüber: abends: /
Erziehungsberechtigter:	Anschrift - nur wenn abweichend:	
Familienversichert bei:		gesetzlich <input type="radio"/> privat <input type="radio"/>
über wen:	geb.:	

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten : Ja  Nein

Welche : Daumen/ Finger  Schnuller

Sonstiges: .....

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine: Ja  Nein  Wie oft: .....

Kieferorthopädische Behandlung: Ja  Nein  Bei wem: .....

Kinderarzt : .....

Hat Ihr Kind Beschwerden ? : Ja  Nein

Welche: .....

Welche Leistungen sind für Sie interessant, worüber möchten Sie informiert werden ?

- Vorsorge zum langfristigen Erhalt der Zähne / Prophylaxe
- Kariesrisikotest
- Ernährungsberatung  Hochwertige Füllungen
- Zusatzleistungen  Zusatzversicherungen  (bitte angeben, wenn bereits vorhanden)
- Eigene Fragen/Wünsche : .....
- Grund Ihres Besuches : .....
- Erster Besuch beim Zahnarzt ? Ja  Nein
- Hat Ihr Kind Angst ? Ja  Nein
- Dürfen wir Ihr Kind an die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen erinnern ? Ja  Nein

Spezielle Anamnese

- Normale Entwicklung des Kindes : Ja  Nein
- Anmerkung : .....
- Allergien : Ja  Nein  Allergiepaß ? :
- Welche : .....
- Bei Mädchen : hat Ihre Tochter ihre Periode Ja  ab wannn ..... Nein
- Hat/ hatte Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen ?:
- Gelbsucht  Herzerkrankungen/ -fehler  Lunge/ Asthma
- Diabetes  Nierenerkrankungen  Krampfanfälle
- ADHS / ADS  Angstzustände  Blutgerinnungsstörung
- Einschränkung von: Sehkraft  Gehör
- Sonstige : .....
- Medikamenteneinnahme : Ja  Nein  welche: .....
- Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung ? Ja  Nein  warum: .....

## Ernährung / Essgewohnheiten

Überwiegend süß  Obst  gemischt  Fast food

Isst wenig  viel

Fruchtsäfte  Limonaden  Mineralwasser

Tee gesüßt  ungesüßt

Lieblingsessen : .....

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

.....

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert !**

Datum .....

.....  
Unterschrift