

## Ergänzendes zahnärztliches Anamneseblatt für Kinder

Liebe Eltern von Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Damit wir an dem kommenden Termin bestmöglich auf die individuellen Bedürfnisse Ihres Kindes eingehen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Keinesfalls soll dieser Fragebogen an die Stelle eines persönlichen Gespräches treten. Für besonders sensible Punkte, die Sie nicht in Anwesenheit Ihres Kindes besprechen wollen, vereinbaren Sie bitte vorab einen gesonderten Termin, gerne auch telefonisch.

**Der erste Termin dient dem Vertrauensaufbau, sowie der allgemeinen Untersuchung und Beratung – hier finden generell keine Behandlungen statt!** Falls notwendig wird dann ein auf Ihr Kind abgestimmter Therapieplan erstellt.

	Ja	Nein
Grund des Zahnarztbesuches: .....		
War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Zahnarztangst? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War die bisherige Zahnbehandlung schwierig? Grund: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind zurzeit Zahnschmerzen? Seit wann?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind bereits im Kopfbereich geröntgt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme angefertigt? .....		
Hatte Ihr Kind schon einmal eine Zahnsanierung in Vollnarkose? Jahr: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind schon einmal einen Zahnunfall? Jahr: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde dieser bei einem Zahnarzt angemeldet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Anamnese der Eltern:

		Mutter		Vater	
Neigen Sie zu:	Zahnarztangst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Karies	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie eine	Zahnspange	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Allergien	<input type="checkbox"/> Ja, welche? ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Nein

### Fragen zum sozialen Umfeld und zu persönlichen Vorlieben Ihres Kindes: Ja    Nein

Ihr Kind lebt bei den Eltern , Grosseltern , Pflegeeltern ,  
in einem Heim , Sonstiges .....

Welche Schule/Kindergarten besucht Ihr Kind? .....

Hat Ihr Kind Geschwister? Anzahl: ..... Alter: .....    

Bestehen bei den Geschwistern Erkrankungen? Welche? .....    





Welche Hobbys und Vorlieben hat Ihr Kind? .....

Lieblingstier: ..... Lieblingsfarbe: .....

Lieblingsbuch/-film/-figur: .....

Wovor hat es Angst: vor Fremdem , Geräuschen , Sonstigem?.....

**Ergänzende Fragen zur Allgemeingesundheit Ihres Kindes:****Ja      Nein**

Verlief die Schwangerschaft normal? .....

Verlief die Geburt normal? .....

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? .....

In welchem Alter erschien der erste Milchzahn? .....

Bestehen Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Hyperaktivität, Konzentrationsstörungen)? Welche? .....

.....

Ist Ihr Kind häufig erkältet? .....

Leidet oder litt Ihr Kind an Sprachstörungen? .....

**Fragen zur Zahngesundheit Ihres Kindes:**

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? .....

Wird die Zahnpflege durch einen Erwachsenen unterstützt? Wann? .....

Welche Zahnbürste wird benutzt? Handzahnbürste  elektrische

Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind? ..... mit , ohne  Fluorid?

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? .....

Erhält oder erhielt Ihr Kind Fluoridtabletten? .....

Verwendet Ihr Kind ein Fluorid-Gel oder eine Mundspüllösung? .....

Was trinkt Ihr Kind überwiegend? .....

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche oder wird noch gestillt? .....

Isst Ihr Kind viel Süßes? Wie oft am Tag? .....

**Fragen zum Kieferwachstum und zur Zahnstellung:**

War/ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung oder Beratung? .....

Hält Ihr Kind den Mund meist offen, atmet durch den Mund oder schnarcht es?

Sind oder waren Geschwister in kieferorthopädischer Behandlung?.....

Hat Ihr Kind gelutscht? Falls ja, woran? ..... Bis zu welchem Alter? .....

Hat Ihr Kind andere auffällige Gewohnheiten (Lippenbeissen, Nägelkauen etc.)?

Falls ja, welche? .....

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten

