



# Anamnesebogen zur Anmeldung „Kinderzahn Bogenhausen“

## Allgemeine Angaben:

**Patient** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Spitzname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Anschrift** Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Mutter** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Tel.(privat): \_\_\_\_\_ Tel.(geschäftl.) \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Vater** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Tel.(privat): \_\_\_\_\_ Tel.(geschäftl.) \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigt? Beide ( ) Vater ( ) Mutter ( ) sonstige ( ) \_\_\_\_\_

Wie ist das Kind versichert? privat ( ) gesetzlich ( )

Über wen ist das Kind versichert? Vater ( ) Mutter ( ) sonstige ( ) \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

In welchem/r Kindergarten/Schule ist Ihr Kind? \_\_\_\_\_

## Zahn-Mund-Situation:

**ja nein**

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

( ) ( ) Hat Ihr Kind Schmerzen?

( ) ( ) War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt?

Name des behandelnden Zahnarztes? \_\_\_\_\_

( ) ( ) Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?

( ) ( ) Lutscht Ihr Kind Schnuller oder Daumen?

( ) ( ) Hatte Ihr Kind einen Unfall im Mund-Gesichtsbereich?

( ) ( ) Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Name des Kieferorthopäden? \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## Ernährung:

**ja nein**

( ) ( ) Haben Sie Ihr Kind gestillt? wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

( ) ( ) Geben bzw. gaben Sie Ihrem Kind aus der Flasche zu trinken?

Bis zu welchem Alter? \_\_\_\_\_

Wann? morgens ( ), mittags ( ), abends ( ), nachts ( )

Was war/ ist in der Flasche? \_\_\_\_\_

Was trinkt ihr Kind heute hauptsächlich? \_\_\_\_\_

( ) ( ) Isst Ihr Kind häufig Süßigkeiten?

Benutzt Ihr Kind fluoridierte Zahnpasta( ), fluoridiertes Speisesalz( ), Fluoridtabletten( )

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne? \_\_\_\_\_



## Anamnesebogen zur Anmeldung „Kinderzahn Bogenhausen“

### Allgemeine Situation:

ja nein

Hatte oder hat Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen:

- Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche? Herzpass seit? \_\_\_\_\_
- Stoffwechselerkrankungen, Diabetes?
- Asthma, Atemnot oder sonstige Lungenerkrankungen?
- Blutgerinnungsstörung oder andere Blutkrankheiten?
- Leber- oder Nierenerkrankung?
- Epilepsie, Fieberkrämpfe?
- Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle?
- Lernschwäche, Sprachprobleme?
- Probleme beim Hören oder Taubheit?
- Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung?
- Genetische Erkrankungen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis A, B oder C, Tuberkulose, HIV)?

Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien?  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Hobbies hat Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind ein Lieblingsspielzeug/ Schmusetier? \_\_\_\_\_

Kommen Sie auf Empfehlung?

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

\_\_\_\_\_  
  Haben Sie Interesse an regelmäßiger Prophylaxe und Recall zur Vorbeugung von Karies?

Möchten Sie an den nächsten Kontrolltermin Ihres Kindes erinnert werden?

**Wir weisen darauf hin, dass für fest reservierte Termine bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage, eine Ausfallgebühr i.H. von €75 je angefangene halbe Stunde, bei ITN €200, geltend gemacht wird, falls der Termin nicht anders vergeben werden kann (nach § 615 BGB).**

München, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

**Kinderzahn Bogenhausen** Zahnarztpraxis für Kinder und Jugendliche  
Rosenkavalierplatz 9 D-81925 München Tel. 089/96013930 Fax 089/96013931  
www.kinderzahn-bogenhausen.de info@kinderzahn-bogenhausen.de