



ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Eichhorn

ANAMNESE / KIND

Name

Nr

Jetziges Alter des Patienten

Datum

Anamnese

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie sie an:

Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten? (gegebenenfalls einkreisen)

- | | ja | nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Herzfehler, Herzgeräusch oder Herzerkrankung?..... Herzpass seit:..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Asthma oder Lungenerkrankungen oder Schwierigkeiten mit der Atmung?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Lernschwäche oder Sprachprobleme?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Leber- oder Nierenerkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Spastik oder veränderter Muskeltonus?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Hörprobleme oder Taubheit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Sehschwäche oder Blindheit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Tumore oder bösartige Krankheiten?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Frühgeburt? <input type="radio"/> Kaiserschnitt? <input type="radio"/> Zangengeburt? <input type="radio"/> | | |
| 15. Fehlen Impfungen bzw. andere notwendigen Kinderimpfungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Leidet Ihr Kind unter sonstigen Krankheiten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Hat Ihr Kind Allergien? Wie äußern sich diese?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, was?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. War Ihr Kind schon mal im Krankenhaus (außer bei der Geburt?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Hat Ihr Kind in den letzten Wochen verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, was?..... | | |
| 21. Name des Kinderarztes?..... | | |

Zahnmedizinische Anamnese

- | | ja | nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, wann und bei wem war Ihr Kind in Behandlung?..... | | |
| 2. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Was ist der Grund für den heutigen Besuch?..... | | |
| 5. Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ernährungsgewohnheiten

- | | ja | nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie lange?..... immer noch?..... morgens?..... abends?..... | | |
| Was war / ist in der Flasche?..... | | |
| 3. Ist Ihr Kind ein guter Esser? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Isst Ihr Kind viel Süßes?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Geben Sie Ihrem Kind Fluor-Präparate?..... Zahnpasta?..... Fluorsalz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |