

Kinderanamnesebogen

Name, Vorname:

Spitzname:

geb.:

Hobbys:

Lieblingsspielzeug:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Tel:

Erziehungsberechtigte/r:

Kinderarzt/ Hausarzt:

normale Entwicklung:

Ja

Nein

Anmerkung:

Allergien:

Ja

Nein

welche?
Allergiepass?

Medikamente:

Ja

Nein

in ärztl. Behandlung?

Ja

Nein

Sehkraft/ Gehör

eingeschränkt

normal

Sonstige Erkrankung?

- Herzerkrankung/ -
fehler
- Asthma
- Krampfanfälle

- Diabetes
- Gelbsucht
- ADHS/ ADS
- chronische
Bronchitis

- Nierenerkrankung
- Angstzustände
- Blutgerinnungsstörung
- Infektionskrankheit

Tetanusschutz:

Ja

Nein

Lieblingessen:

Mein Kind isst gerne...

- süß
- Obst
- wenig

- deftig
- Fast Food
- viel

- gemischt
- unkontrolliert



Kinderanamnesebogen

Mein Kind trinkt gerne....

- Fruchtsäfte
- Limonade
- Cola, Fanta, Sprite
- Wasser
- Tee (gesüßt/ ungesüßt)

Mein Kind Lutscht...

- am Daumen
- am Finger
- gar nicht

Zähneputzen:

- Eltern putzen
- Kind + Eltern putzen nach
- Kind putzt selbstständig
- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- wie oft?
- Zahnseide

Kieferorthopädische
Behandlung:

- Ja
- Nein
- Ja
- Nein

Mein Kind hat Beschwerden:

welche?

Darüber möchte ich informiert
werden:

- Vorsorge
- Ernährungsberatung
- Individualprophylaxe

Mein Kind war schon einmal beim
Zahnarzt:

- Ja
- Nein

Hat ihr Kind Angst?

- Ja
- Nein

Vielen Dank, dass Sie uns jede relevante Veränderung vor einer Behandlung mitteilen.

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Zahnarztpraxis A. Leichsenring-Schlenz
Hauptstraße 21, 28857 Syke
Tel. 04242-3740 Fax 04242-930163
eMail praxis@laecheln-syke.de www.laecheln-syke.de

