

# 3 | Anamnesebogen Kleinkind

## Liebe Eltern!

Wir freuen uns sehr, Ihr Kind und Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Auch wenn Ihr Kind noch klein ist, haben Sie sich bereits dafür entschieden der Zahn- und Mundpflege vom 1. Zahn an besondere Aufmerksamkeit zu geben.

Um den Besuch bei uns für Ihr Kind so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Somit bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir bestmöglich vorbereitet sind und Ihr Kind ein gutes Gefühl bei jedem späteren Zahnarztbesuch beibehalten kann.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Lesen Sie dazu auch unsere Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage oder im Wartebereich unserer Praxis.

## Persönliche Patientendaten

---

Name, Vorname des Kindes

---

Geburtsdatum

---

Name, Vorname eines Elternteils/des Versicherten

---

Geburtsdatum

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon privat und/oder Arbeit

---

Telefon Mobil

---

E-Mail

---

Krankenkasse, bei der Ihr Kind versichert ist

---

Name Ihres Hausarztes oder des Kinderarztes

## Allgemeine Fragen zur Ernährung

Wird / wurde Ihr Kind gestillt? Ja  Nein

### Trinkt Ihr Kind

aus einer „Sauger“-flasche Ja  Nein

einer Schnabeltasse Ja  Nein

einem Becher, Glas, etc. Ja  Nein

oder: \_\_\_\_\_

### Trinkt Ihr Kind gerne

Wasser Ja  Nein

ungesüßte Tees Ja  Nein

Milch Ja  Nein

Fruchtsäfte, Schorle Ja  Nein

Limonade Ja  Nein

Kakao Ja  Nein

Ihr Kind isst besonders gerne: \_\_\_\_\_

---

---

### 3 | Anamnesebogen Kleinkind

#### Allgemeine Fragen zur Zahn- und Mundhygiene

Wann hat Ihr Kind die ersten Zähne bekommen?

Mit \_\_\_\_\_ Monaten

#### Lutscht Ihr Kind am

Daumen oder Finger Ja  Nein

Nuckel Ja  Nein

oder an etwas anderem Ja  Nein

Wenn ja, woran: \_\_\_\_\_

#### Werden die Zähne bereits regelmäßig geputzt?

Ja  Nein

Wenn ja, täglich 1x Ja  Nein

Wenn ja, täglich 2x Ja  Nein

mit Zahnpasta Ja  Nein

#### Hat Ihr Kind Spaß am Zähne putzen?

Ja  Nein

Oder lässt es sich nur ungern die Zähne reinigen

Ja  Nein

Hat Ihr Kind D-Flouretten o.ä. bekommen?

Ja  Nein

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Auch kleine Kinder können bereits ernsthafte Erkrankungen haben. Bitte informieren Sie uns:**

---

---

---

#### Ist eine Terminerinnerung von Ihnen gewünscht?

Ja  Nein

Wenn ja, per:

E-Mail

Brief

Telefon

Haben Sie besondere Anliegen an uns?

---

---

#### Behandlung unter Lokalanästhesie

Bei Behandlungen in Lokalanästhesie können trotz aller Sorgfalt Störungen oder Komplikationen auftreten. Diese sind im Aufklärungsformular in unserem Wartebereich zusammengestellt.

Das Aufklärungsformular zur Lokalanästhesie habe ich gelesen, verstanden und habe eingewilligt. Alle Fragen wurden beantwortet und mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Gesundheitsangaben, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personengebundenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung für Patienten (s. Aushang) einverstanden.**

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten