

## Kinderanamnese bis 6 Jahre

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Wer ist für Ihr Kind sorgeberechtigt?  Mutter  Vater  Sonstige \_\_\_\_\_

Liegt ein Pflegegrad vor? Wenn ja welcher? \_\_\_\_\_

Über wen ist Ihr Kind versichert? ( Bitte Name, Adresse, Geburtsdatum angeben)

\_\_\_\_\_

Kinderarzt/Hausarzt: \_\_\_\_\_

1) Welche Allgemeinerkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt?

\_\_\_\_\_

Herzpass  Allergiepass

2) Wird ihr Kind noch gestillt?  Ja  Nein Wenn ja wie oft? \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind aus  Nuckelflasche  Trinklernbecher  Trinkflasche ?

Was ist am häufigsten in der Trinkflasche? \_\_\_\_\_

4) Welche Produkte bekommt ihr Kind wie häufig? (bitte ankreuzen)

	Selten	1-2x wöchentlich	1-2x täglich	3-6x täglich	>6x täglich	Nachts
Wasser/ungesüßter Tee						
Gesüßter Tee/ Granulat, „Krümeltee“						
Säfte, Eistee, Limonade						
Saftschorlen						
Muttermilch, Kuhmilch						
Kakao/ Erdbeermilch, o.ä.						
Süßigkeiten						

5) Wer putzt bei Ihrem Kind die Zähne?  Eltern  Kind  \_\_\_\_\_

Wie oft werden die Zähne geputzt?  Gar nicht  Gelegentlich  1x tgl.  2-3x tgl.

Wann werden die Zähne **regelmäßig** geputzt?  Morgens  Mittags  Abends

Womit werden die Zähne geputzt?  Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

Erwachsenenzahnpasta  Kinderzahnpasta  Fluoridfreie Zahnpasta

Verwendet Ihr Kind 1 x wöchentlich Elmex Gelee?       Ja       Nein

Nutzen Sie fluoridiertes Speisesalz im Haushalt?       Ja       Nein

Bekam/Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten (evtl. in Kombination mit Vitamin D)?  
 Ja       Nein

6) Hat Ihr Kind folgende Angewohnheiten?       Schnuller       Lippen/Wangensaugen  
 Daumen Lutschen       \_\_\_\_\_

7) Wie verliefen bisherige Zahnarztbesuche?       Gut       Schwierig

Wie schätzen Sie selbst die Behandlungsmöglichkeit ein?       Gut       Mittel       Nicht möglich

**Datum:** \_\_\_\_\_      **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Behandler:** \_\_\_\_\_