



ANAMNESEBOGEN

PATIENT Vorname _____ Name _____

ALLGEMEINE ANAMNESE

Leidet Ihr Kind an Allgemeinerkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihrem Kind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Verträgt Ihr Kind Latex (Kontakt mit Luftballons, Gummihandschuhen)? ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche und weshalb? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Krankenhausaufenthalt/eine Operation? ja nein
Wenn ja, weshalb? _____

Leidet Ihr Kind an AD(H)S oder an einer Lernschwäche? ja nein

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? ja nein
Wenn ja, bei wem und weshalb? _____

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein
Wenn ja, bei wem? _____

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein
Wenn ja, wie beurteilen Sie die bisherigen Erfahrungen, die Ihr Kind dabei gemacht hat?
 eher positiv eher negativ neutral
Wenn eher negativ, wie beschreiben Sie die Erfahrung? _____

Womit wird geputzt? Handzahnbürste elektrische Zahnbürste Zahnseide

Atmet Ihr Kind oft durch den Mund? ja nein

Gibt es bereits Röntgenaufnahmen vom Kopf-Kiefer-Zahnbereich? ja nein
Wenn ja, wann und wo wurden diese angefertigt? _____

Gab es bereits Unfälle/Stürze auf den Mund- oder Gesichtsbereich? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Mutter oder Vater Angst vor dem Zahnarzt? ja nein

Neigen Mutter, Vater oder Geschwister zu Karies, Zahnstein oder Zahnfleischbluten?

ZAHNPFLEGE

Wer putzt die Zähne Ihres Kindes?
 Kind allein Kind mit Hilfe der Eltern nur Eltern bisher noch keiner

Wie wird geputzt? bereitwillig mit Widerstand wechselhaft

Wie oft wird geputzt? nicht regelmäßig 1x täglich 2-3x täglich



Wann wird regelmässig geputzt? vor dem Frühstück nach dem Frühstück

nach dem Mittagessen sofort nach dem Abendessen vor dem Zubettgehen

Welche Zahnpasta wird verwendet? _____

keine fluoridfreie Baby (500ppm Fluorid) Kinder (1.000ppm Fluorid)

Junior- oder Erwachsenenzahnpasta (1.400ppm Fluorid oder mehr)

Werden oder wurden Fluoridtabletten gegeben? ja nein

Wenn ja, welche? _____ von _____ bis _____

Wird fluoridiertes Speisesalz verwendet? ja nein

Werden weitere Zahnpflegeprodukte benutzt? (z.B. Mundspüllösungen, Gelées etc.) _____

Sind Sie mit der routinemäßigen Fluoridierung während der halbjährlichen Untersuchung und Prophylaxe in der Zahnarztpraxis einverstanden? ja nein

ERNÄHRUNGS-ANAMNESE

Wurde Ihr Kind gestillt? nein ja bis zum Alter von _____

wird noch gestillt: tagsüber zum Einschlafen nachts. Wie oft? _____

Trinkt Ihr Kind aus der Nuckelflasche/Trinklerntasse? nein ja bis zum Alter von _____

ja: tagsüber zum Einschlafen nachts. Wie oft? _____
 Milch Kakao Wasser Saft/Schorle Tee gesüßt Tee ungesüßt

Wie häufig isst Ihr Kind am Tag? Anzahl Hauptmahlzeiten _____

Anzahl Zwischenmahlzeiten _____ Typische Zwischenmahlzeiten _____

Was trinkt Ihr Kind zwischendurch? Milch Kakao Wasser Tee gesüßt

Tee ungesüßt Saftschorle Fruchtsäfte Softdrinks aromatisiertes Wasser

Wie oft isst Ihr Kind Süßigkeiten? selten 1x täglich mehrmals täglich

Lutschgewohnheiten: Schnuller Daumen Bis zum Alter von _____

Vorlieben Ihres Kindes (z.B. Hobbies, Sportverein, Musikinstrument, Fan von ...) _____

Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen an den obigen Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihr LACH MAL-Team.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte:r