



# ANAMNESE

Dr. med. dent. Sara Preisler | Gerbermühlstr. 7 | 60594 Frankfurt am Main

Nr. \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Patient: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE (Bitte lesen Sie alle Fragen durch und kreuzen Sie Zutreffendes an!)

- J N Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten?**
- Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankungen? Herzpass seit? .....
  - Asthma oder Lungenerkrankungen/Schwierigkeiten bei der Atmung?
  - Lernschwäche, Sprachprobleme oder geistige Behinderung/Verzögerung?
  - Leber- oder Nierenerkrankung?
  - Epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?
  - Spastik oder veränderter Muskeltonus?
  - Hörprobleme/Taubheit oder Sehschwäche/Blindheit?
  - Infektionskrankheiten  Hepatitis  Tuberkulose  HIV  andere .....
  - Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes?
  - Tumore oder bösartige Krankheiten?
  - Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich)?
  - Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?  
 Frühgeburt  Kaiserschnitt  Zangengeburt
  - Fehlen Impfungen?
  - Sonstigen Krankheiten .....
  - Hat Ihr Kind Allergien? Wie äußern sich diese? .....
  - Wurden oder werden aktuell verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen?  
Wenn ja, welche? .....
  - War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)?

Name des Kinderarztes: .....

- J N ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE**
- War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? Name des Zahnarztes: .....
  - Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?
  - Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?
  - Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?
  - Was ist der Grund für den heutigen Besuch? .....

- J N ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN**
- Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange? .....
  - Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? Wie lange? .....  Immer noch  Morgens  Abends
  - Isst Ihr Kind viel Süßes?
  - Geben Sie Ihrem Kind Fluoridpräparate?  Zahnpasta  fluoridiertes Speisesalz

- ANAMNESE DER ELTERN**
- zutreffendes bitte ankreuzen
- |   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| MUTTER  | WATER   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sind bei Ihnen Allergien bekannt? | Neigen Sie zu: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zahnstein | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Karies |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten        |  |

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**  
.....  
.....

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_