



Zahnärzte Dreßler
in Gelnhausen

Dr. Simone Dreßler **Kinder-/Jugendzahnheilkunde**
Seestraße 4, 63571 Gelnhausen, Telefon 06051-12100

Anamnesebogen für Kinderpatienten

Name des Kindes: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Versicherter: _____ Geb.-Datum: _____

Erziehungsberechtigte

Familiennam e _____

Vorname: _____ Geb. Datum: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Tel. tagsüber: _____ Email: _____

Wie kommen Sie in unsere Praxis?

direkte Überweisung von meinem Zahnarzt

Empfehlung von _____

sonstiges: _____

Ihr Kinderarzt: _____

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? Schmerzen Kontrolle _____

Besteht eine Zahnarztangst? _____

Bisheriger Zahnarzt: _____

Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung: _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? _____

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund / Kieferbereich? _____

Trifft ein der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma

Nierenerkrankung

Tuberkulose

Erkrankung des Blutes

Zuckerkrankheit

Lungenerkrankung

Lebererkrankungen / Gelbsucht

Magen-Darm-Erkrankung

Herzerkrankung

Geistige Verzögerung

Schilddrüsenerkrankung

welche _____

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)

Geistige Behinderung

Rheuma / rheumatisches Fieber

Lernbehinderung

Hörstörung

Immunschwäche (AIDS)

Nervenerkrankung



Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein

Wenn ja, worauf ist es allergisch? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Verlief die Schwangerschaft normal? Ja Nein

Verlief die Geburt normal? Ja Nein

Wenn nein, warum? _____

Gewicht des Kindes bei der Geburt: _____

Hat Ihr Kind bisher fieberhafte Krankheiten gehabt?
 Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Alter? _____

Ist Ihr Kind schon mal operiert worden? Ja Nein

Atmet Ihr Kind durch den Mund? Ja Nein

Anamnese der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht bei Ihnen eine Zahnarztangst? Ja Nein

Aufklärung Kinderbehandlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die zur Diagnostik und Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen bei meinem Kind angefertigt und per email ggf. an einen weiterbehandelnden Zahnarzt übermittelt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ernährung und Mundhygiene bei Kinderpatienten



Dr. Simone Dreßler
Kinder- / Jugendzahnheilkunde

Vorname, Name und Geburtsdatum des Kindes:

Isst Ihr Kind gerne Süßigkeiten?

Ja

Nein

Wenn ja, wie oft? Selten

1x pro Tag

mehrmals täglich

Was trinkt Ihr Kind zum Frühstück?

Tee mit Zucker

Tee ohne Zucker

Milch

Kakao

Fruchtsäfte

Wasser

Was isst Ihr Kind zum Frühstück?

Brot

Butter

Marmelade

Nutella

Käse, Wurst

Müsli

Cornflakes

Sonstiges: _____

Was isst Ihr Kind in den Schulpausen?

belegtes Brot

Obst/Gemüse

Süßigkeiten

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

(Mineral) Wasser

Limonade, gezuckert

Kakao

Tee

Milch

Isotonische Sportgetränke

Fruchtsäfte

Coco Cola

sonstiges: _____

Was isst Ihr Kind als Zwischenmahlzeiten?

Kuchen

Süßigkeiten

Obst

Chips, Salzstangen, etc.

belegtes Brot

Quetschies

sonstiges: _____

Zahnpflege

Die Zähne werden geputzt:

vom Kind selbst

mit Hilfe der Eltern

von den Eltern

Wann werden die Zähne geputzt?

vor dem Frühstück

nach dem Frühstück

nach dem Mittagessen

sofort nach dem Abendessen

vor dem zu Bett gehen

Womit werden die Zähne gereinigt?

Hand-Zahnbürste

elektrische Zahnbürste

mit Zahnseide

Zahnpasta: _____ mit Fluorid

ohne Fluorid

Fluoride

Vitamin-D-Fluorid-Tabletten

Fluorid-Tabletten

Elmex Gelee

Fluoridierung beim Zahnarzt

Fluoridiertes Speisesalz

Trinkverhalten bei Klein- und Vorschulkindern

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____ Trinkt aus der Flasche

Trinkt aus dem Becher

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? _____

Was trinkt Ihr Kind

Wasser

Limonade

Fruchtsäfte

Tee gesüßt

Milch

Limonade

Tee ungesüßt

Kakao

sonstiges

Nimmt Ihr Kind noch Daumen, Schnuller?

Ja

Nein