

## Anamnesebogen für das 1. – 3. Lebensjahr

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Alter des Kindes (Monate): \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leidet es an Allergien (Jod), Asthma oder Heuschnupfen?  ja  nein

Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)?  ja  nein

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?  ja  nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?  ja  nein

Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?  ja  nein

Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?  ja  nein

Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?  ja  nein

Andere Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?  ja  nein

1. Wie oft putzen Sie ihrem Kind die Zähne?

- gar nicht                       manchmal                       1x täglich                       2 – 3x täglich  
 vor den Mahlzeiten               nach den Mahlzeiten

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

- gar keine                       fluoridfreie Kinderzahnpasta                       Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid)  
 Kinderzahnpasta (1.000 ppm Fluorid)     Junior- oder Erwachsenenzahnpasta (1.400 bis 1.450 ppm Fluorid)

3. Welche Menge Kinderzahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind bei jedem Zähneputzen?

- Reiskorngröße                       Erbsengröße

4. Darf Ihr Kind in Krippe/Tagespflege/Kita das Zähneputzen mit der Bezugsperson üben?  ja  nein

- wenn ja, mit:     Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid)                       Kinderzahnpasta (1.000 ppm Fluorid)  
 mit einer fluoridfreien Kinderzahnpasta

5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?     Handzahnbürste                       elektrische Zahnbürste

6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?  ja  nein

7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?     ja                       nein                       weiß nicht

8. Wird/wurde Ihr Kind gestillt?  ja  nein

9. Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?  ja  nein

- Wenn ja, voraus?     Tasse/Becher mit Trinkaufsatz                       offene Tasse/Becher ohne

10. Was bekommt Ihr Kind in der Krippe/Tagespflege/Kita den ganzen Tag zu trinken?  
 Wasser     ungesüßten Tee     Saftschorle     Saft  
Woraus?     Tasse/Becher mit Trinkaufsatz     offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz
11. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken?     ja     nein  
Wenn ja: wie?     Brust     Flasche     Becher mit Trinkaufsatz     andere: \_\_\_\_\_
12. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?  
 Wasser     ungesüßter Tee     Apfelsaft     Eistee     anderes: \_\_\_\_\_
13. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/einem Becher? \_\_\_\_\_ (Jahr/Monat)
14. Bekommt Ihr Kind schon Beikost?     ja     nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
15. Ist der Vormittag in Krippe/Tagespflege eine „Zuckerpause“ für die Zähne Ihres Kindes?  
Zuckerpause bedeutet, es gibt zum zweiten Frühstück ausschließlich kauaktive Lebensmittel ohne zugesetzten Zucker bzw. Zuckerkonzentrate     ja     nein
16. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat Ihr Kind?  
es schnullert / lutscht am Daumen     ja     nein  
wenn ja:     am Tag, wenn es müde ist     häufig zur Beruhigung     immer zum Einschlafen  
Schnullert es / lutscht es nachts am Daumen?     ja     nein  
Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen?     ja     nein
17. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?     ja     nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Warum? \_\_\_\_\_
18. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)  
\_\_\_\_\_
19. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?     keine  
\_\_\_\_\_

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z.B. Mutter des Kindes): \_\_\_\_\_

- Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?     ja     nein  
Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/Vorsorgeuntersuchung?     ja     nein  
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?     ja     nein  
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?     ja     nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hier noch ein Hinweis:

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und die Angebote ab dem 6. Geburtstag für regelmäßige individuelle Prophylaxe, sie sind in den meisten Fällen ausreichen.

Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebot Sie wahrnehmen möchten.