



**Zahnärztliche Praxis**  
Dr. Claudia Adam  
Dr. Lutz Voigtländer  
Dr. Vera Seybold-Epting  
Bucher Straße 49  
90419 Nürnberg

## Kinder Anamnesebogen

Liebe Eltern,

damit Ihr Kind eine möglichst angenehme Zahnbehandlung in unserer Praxis erfährt, benötigen wir für unsere Vorbereitung einige Informationen. Gerne möchten wir uns auf Ihr Kind einstellen und bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und dienen nur der ärztlichen Behandlung in unserer Praxis.

Name (Kind): \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Über welche Person ist das Kind versichert?

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse \_\_\_\_\_  zusatzversichert

Private Krankenkasse \_\_\_\_\_  Anspruch auf Beihilfe

Basistarif

Grund des heutigen Zahnarztbesuches ?

---

Hat Ihr Kind Angst vorm Zahnarzt ?  ja  nein

Wenn ja, wovor hat Ihr Kind speziell beim Zahnarzt am meisten Angst?

---

Hat Ihr Kind schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht?

ja  nein wenn ja - welche \_\_\_\_\_

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

Asthma

Zuckerkrankheit

Anfallsleiden (Epilepsie)

Schilddrüsenerkrankung

Nierenerkrankung

Lungenerkrankung

Tuberkulose

Lebererkrankungen/Gelbsucht

Immunschwäche (Aids)

Rheuma/rheumatisches Fieber

Magen/Darm-Erkrankung

Hat Ihr Kind eine Erkrankung am Herzen?  ja  nein

Herzoperation  angeborener / erworbener Herzfehler

Sonstiges? \_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Erkrankungen?  ja  nein

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

Hat Ihr Kind Allergien?  ja  nein

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

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente ein?  ja  nein

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

Atmet Ihr Kind überwiegend durch den Mund?  ja  nein

### 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  nach dem Abendessen  
 vor dem Zu-Bett-Gehen

Womit werden die Zähne geputzt?  Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste  
 Munddusche  Zahnseide  
 Zahnseide  Zahnholzchen  
 Zahnzwischenraumbürstchen

### Fluoridzufuhr

Werden oder wurden D-Fluoretten gegeben?  ja  nein

Wird Fluorid-Gel (z.B. Elmex Gelee) angewendet?  ja  nein

Wird zu Hause fluoridiertes Speisesalz verwendet?  ja  nein

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet  auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  andere Quelle

Kennen Sie unsere Homepage unter [www.noris-zahn.de](http://www.noris-zahn.de)?  ja  nein

Möchten Sie von uns alle 6 Monate an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?

nein  ja,  telefonisch  per Karte

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_