

Allgemeine Anamnese

Ist Ihr Kind in **ärztlicher** (nicht zahnärztl.) Behandlung?

Nein Ja, wegen.....
Arzt/Ärztin.....

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, welche.....

Herz/Kreislauf

	Ja	Nein
Herzfehler:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzgeräusche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzpass:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:.....		

Stoffwechsel

	Ja	Nein
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:.....		

Nervensystem

	Ja	Nein
Epileptische Anfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Störungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutkrankheiten

	Ja	Nein
Hämophilie (Bluter):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anämie (Blutarmut):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:.....		

Allergien

	Ja	Nein
Allergiepass vorhanden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (nicht bekannt)
chronische Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (nicht bekannt)
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (nicht bekannt)
Wenn ja, welche:.....		

Infektionskrankheiten

	Ja	Nein
(z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:.....		

Sonstige Erkrankungen, Syndrome etc.

Wenn ja, welche
.....

Sonstige Besonderheiten

Wenn ja, welche:
.....

Erster Zahnarztbesuch

mit.....Jahren

Heutiger Anlass ist

.....
(z.B. Zahnschmerzen, Kontrolle)

Zahnärztliche Anamnese

Mund-/Kieferoperationen, Unfälle Ja Nein

Was:.....
(z.B. Unfall, Operation)

Wann:.....

Wo:.....

Angewohnheiten

	Ja (bis)	Nein
Daumenlutschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingernuckeln:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnuller:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Flasche/Brust

	Ja (bis)	Nein
Stillen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange?.....		
Nuckelflasche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange?.....		
Sportlerflasche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Becher/Glas:

Die häufigsten Getränke sind:.....

Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

	Ja	Nein
Geschwister:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dresden, den **Datum**

Unterschrift
(Eltern)

Von der **Praxis** auszufüllen

Mundhygiene:

Zähneputzen: 1 mal täglich
 1- 2 mal täglich
 3 mal täglich

Individuelle Fluorid - Anamnese:

(von der Prophylaxehelferin zu erheben)

	Ja	Nein
Fluoridiertes Speisesalz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoridierte Zahnpasta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoridsupplement-Tabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich möchte in das Recall System aufgenommen werden:

	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>