

Prophylaxeorientierter Anamnesebogen für das 1.-3. Lebensjahr

Nachname, Vorname (Patient/in)

Alter des Kindes (in Monate)

Kinderarzt/Kinderärztin - Name, Adresse, Telefon soweit bekannt

Logopäde/Logopädin - Name, Adresse, Telefon soweit bekannt

weitere mitbehandelnde Ärzte/Ärztinnen (z.B. Homöopath, Osteopath) - Name, Adresse, Telefon soweit bekannt

Bitte setzen Sie uns umgehend über eine Änderung Ihrer Adresse oder Telefonnummer bzw. einen Wechsel Ihrer Krankenkasse in Kenntnis.

1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

☐ gar nicht

☐ manchmal

☐ 1 x täglich

☐ 2 - 3 x täglich

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

☐ gar keine

☐ fluoridfreie

☐ Kinderzahnpasta

☐ Erwachsenenzahnpasta

3. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

☐ Eltern

☐ Kind

☐ Eltern und Kind

4. Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?

☐ morgens

☐ mittags

☐ abends

☐ vor den Mahlzeiten

☐ nach den Mahlzeiten

5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

☐ Handzahnbürste

☐ elektrische Zahnbürste

Prophylaxeorientierter Anamnesebogen für das 1.-3. Lebensjahr

6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?

☐ ja☐ nein

7. Wird/wurde Ihr Kind gestillt?

☐ ja☐ nein

8. Was bekommt ihr Kind Zuhause/ in der Krippe/Tagespflege/Kita den ganzen Tag zu trinken?

☐ Wasser☐ ungesüßter Tee☐ Apfelsaft☐ Eistee☐ Saft

anderes

9. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat Sie/Er? Sie/Er schnullert/lutscht am Daumen

☐ nein☐ tags, wenn es müde ist☐ häufig zur Beruhigung☐ immer zum Einschlafen

Sonstige Fragen oder Anliegen

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

Sollten Sie keine Möglichkeit zum Ausdrucken haben, können Sie uns den ausgefüllten Bogen alternativ vorab per E-Mail an dr.weissmartin@yahoo.de senden.

Die Unterschrift erfolgt direkt vor Ort in der Praxis zu Ihrem Termin.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und die gute Vorbereitung Ihres Besuchs in unserer Praxis.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r