

Allgemeine Anamnese für unsere jungen Patienten!

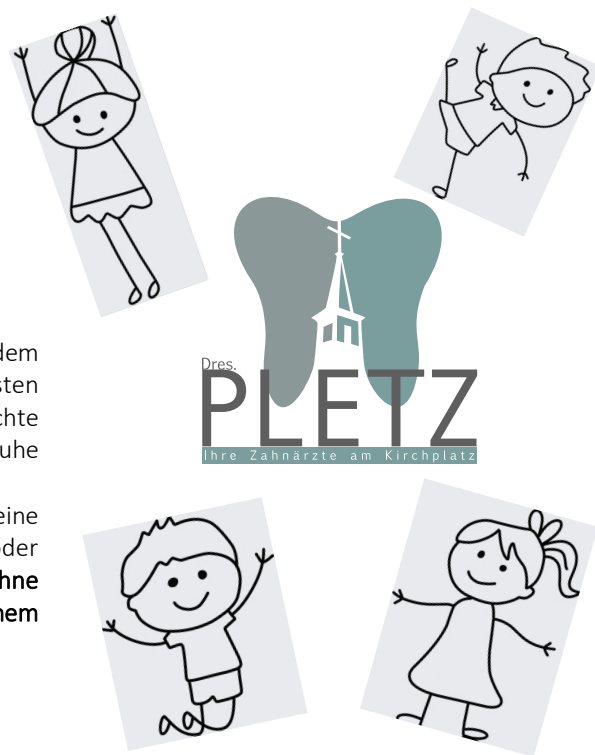
Herzlich willkommen!

Liebe Eltern, Liebe Kinder,

Die Gesundheit Ihrer Kinder liegt uns sehr am Herzen. Da der erste Kontakt mit dem Zahnarzt oft sehr prägend ist, wollen wir Ihnen und **vor allem** Ihrem Kind den ersten Besuch so entspannt wie möglich gestalten. Wir legen Wert auf eine kindgerechte Atmosphäre mit viel Zeit und Aufmerksamkeit für Ihr Kind. So können wir Ihr Kind in Ruhe kennen lernen, **Vertrauen** schaffen und eine **angstfreie** Behandlung ermöglichen.

Sie als Eltern können uns dabei helfen, indem sie aus dem Zahnarztbesuch keine „Staatsangelegenheit“ machen. Bitte meiden Sie Sätze wie „das tut gar nicht weh“ oder „du brauchst keine Angst haben“, „Spritze“ und „bohren“. Bei uns **„schlafen die Zähne ein“, die Zähne bekommen ein „Pflaster“ und wir „kitzeln die Zähne mit einem Zaubermagneten heraus“.**

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!



Name Ihres Kindes _____ Vorname _____ geb. am _____

Name, Vorname der/des Versicherten, falls abweichend _____ geb. am _____

PLZ/Wohnort _____ Straße, Hausnummer _____ Telefon _____

Hobby Ihres Kindes _____ Lieblingstier _____ Lieblingskuscheltier (gerne auch mal mitbringen) _____

Name und Anschrift des Kinderarztes _____

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Allgemeine Anamnese

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? _____ Seit wann? _____

Wurde Ihr Kind zuletzt geröntgt? Am _____ bei _____

Hat Ihr Kind Allergien? ☐ nein ☐ ja, gegen _____

Wie putzt Ihr Kind Zähne? ☐ Kind putzt selbst ☐ Eltern putzen ☐ Kind putzt selbst, Eltern putzen nach

Womit werden die Zähne geputzt? ☐ Handzahnbürste ☐ elektrische Kinderzahnbürste

Wie oft am Tag werden die Zähne geputzt? ☐ zweimal täglich ☐ dreimal täglich ☐ vor... ☐ oder ☐ nach ...dem Frühstück

Ist Ihr Kind ängstlich? ☐ ja ☐ nein

Hat es bereits negative Erfahrungen gemacht bei Kinderarzt/Zahnarzt, wenn ja welche? _____

War ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ☐ ja ☐ nein

Benutzt Ihr Kind einen Schnuller? ☐ ja ☐ nein

Lutscht Ihr Kind am Daumen? ☐ ja ☐ nein

Nimmt Ihr Kind flouridhaltige Präparate? ☐ ja ☐ nein

(Tabletten, Flouridgel, Zahnpasta mit Flourid)

Ort, Datum _____ Unterschrift der Eltern _____