



ZAHNARZTPRAXIS  
www.zahnsafari-dresden.de

**Zeliha Shakir**  
Zahnärztin

Erlenstraße 15 | Tel 0351-27571626  
01097 Dresden | praxis@zahnsafari-  
dresden.de

## Anamnesebogen – Kinder

Kind: Name / Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Mutter: Name / Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Vater: Name / Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Beruf der Eltern: Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_

Straße / Nummer \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Das Kind ist mitversichert bei: Mutter  oder Vater

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

privat  gesetzlich versichert

Betreuender Kinderarzt: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese:

(zutreffendes bitte unterstreichen/ergänzen)

	Ja/Nein
Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft? (Krankheit der Mutter, Frühgeburt o.ä.)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Herzerkrankungen? (Herzfehler, Geräusche, Herzpass, Sonstiges)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Lungenerkrankungen (erschwerzte Atmung, Asthma, chronische Atemwegserkrankungen)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Gibt es eine Stoffwechselerkrankung? (z.B. Diabetes)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Erkrankung von Schilddrüse, Niere oder Leber?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Erkrankungen des Nervensystems? (Krampfleiden, Epilepsie, sonstiges)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Bluterkrankung? (Blutarmut / Anämie, Hämophilie / Bluter, sonstiges)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen oder Syndrome _____	
Allergie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____	

Bitte wenden



ZAHNARZTPRAXIS  
www.zahnsafari-dresden.de

---

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja/Nein

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, wegen? \_\_\_\_\_

### Zahnärztliche Anamnese:

Ja/Nein

Ist Ihr Kind das erste Mal beim Zahnarzt?

Heutiger Anlass \_\_\_\_\_

Lutscht Ihr Kind oder hat es gelutscht?

Wenn ja, womit? \_\_\_\_\_

Erhält Ihr Kind Fluoride?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche?  Speisesalz  Zahnpasta  Tabletten  andere

Verletzungen/Operationen im  Mund-,  Kiefer-,  Gesichtsbereich

Was/Wann? \_\_\_\_\_

Wie oft putzt Ihr Kind täglich die Zähne? \_\_\_\_\_

Putzt es allein, oder putzen Sie nach? \_\_\_\_\_

Wird Ihr Kind gestillt?  Ja  Nein

Wurde Ihr Kind gestillt?  Ja  Nein Falls ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Trinkgewohnheiten:  Nuckelflasche,  Sportlerflasche,  Becher/Glas

Kieferorthopädische Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Betreuender Kieferorthopäde: \_\_\_\_\_

Sonstige Besonderheiten: \_\_\_\_\_



ZAHNARZTPRAXIS  
www.zahnsafari-dresden.de

---

### Ernährung bei Kindern:

Wie häufig gibt es Süßigkeiten?

---

Was und wieviel trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

---

Hat ihr Kind etwas zu trinken am Bett? Wenn ja, was?

---

### Sorgerecht:

Mutter & Vater     nur Mutter     nur Vater     andere: \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Auf Empfehlung     Überweisung von Zahn-/Arzt: \_\_\_\_\_

Homepage     Jameda     Facebook

Sonstige: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_