DentiMeer
Die Praxis für Kinder- und Jugendzahnheilkunde in Wiesbaden

Datum:

ANAMNESEBOGEN

Kind:

Vorname: | Nachname: | männlich ☐ | weiblich ☐

Geburtsdatum: | Geburtsort:

Erziehungsberechtigte(r)

Vorname: | Nachname: | Telefon/Mobil:

Straße & Hausnummer: | PLZ: | Ort:

Krankenkasse: | Kinderarzt: | Bisheriger Arzt:

(BITTE LESEN SIE ALLE FRAGEN DURCH UND KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN!)

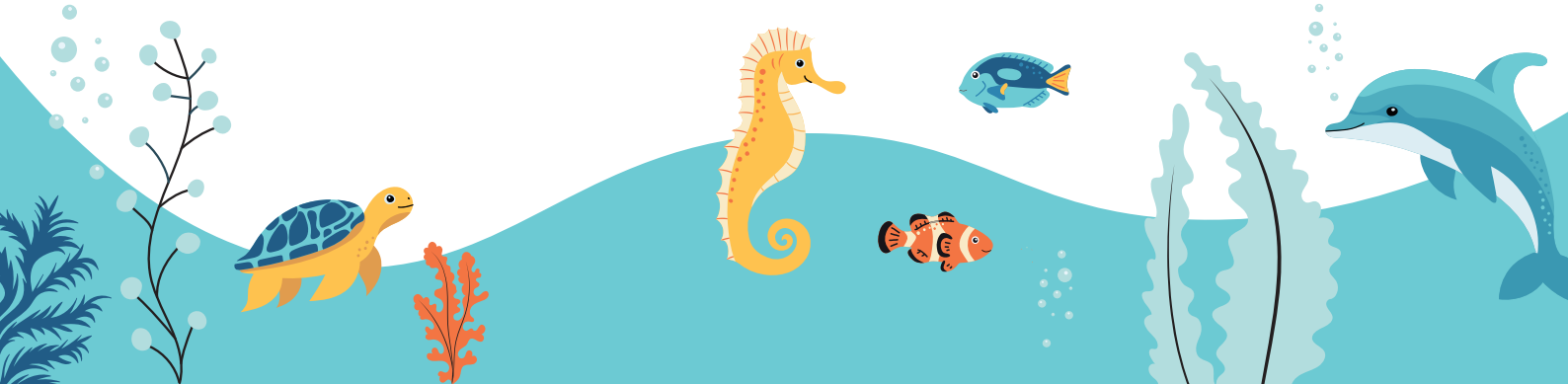
Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten?

JA	NEIN	
☐	☐	Herzfehler, Herzgeräusche oder Herzerkrankungen? Herzpass seit? _____
☐	☐	Asthma, Lungenerkrankungen/Schwierigkeiten bei der Atmung?
☐	☐	Lernschwäche, Sprachprobleme oder geistige Behinderung/Verzögerung?
☐	☐	Leber- oder Nierenerkrankung?
☐	☐	Epileptische Anfälle oder Fieberkräme?
☐	☐	Spastik oder veränderter Muskeltonus?
☐	☐	Hörprobleme/Taubheit?
☐	☐	Sehschwäche/Blindheit?
☐	☐	Stoffwechselerkrankungen oder Diabetes?
☐	☐	Tumore oder bösartige Krankheiten?

JA	NEIN	
☐	☐	Infektionskrankheiten?
☐	☐	- Hepatitis
☐	☐	- Tuberkulose
☐	☐	- HIV
☐	☐	Blutkrankheiten (blutet Ihr Kind länger als üblich?)
☐	☐	Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?
☐	☐	- Frühgeburt
☐	☐	- Kaiserschnitt
☐	☐	Fehlen Impfungen? _____
☐	☐	Sonstigen Krankheiten _____

DentiMeer | Dr. med. dent. Shadi Zandieh
Wilhelmstraße 36 | 65183 Wiesbaden 0611 335 49 50
www.dentimeer.de info@dentimeer.de

Sprechstunden:
Montag-Freitag: 09:00-13:00 & 14:00-18:00 Uhr
oder nach Vereinbarung



DentiMeer
Die Praxis für Kinder- und Jugendzahnheilkunde in Wiesbaden

JA NEIN

☐ ☐ Hat Ihr Kind Allergien? Wie äußern sich diese? _____

☐ ☐ Wurden oder werden aktuell verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? _____

☐ ☐ War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)? _____

☐ ☐ War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus (außer bei der Geburt)? _____

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

JA NEIN

☐ ☐ War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

☐ ☐ Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?

☐ ☐ Hat Ihr Kind schon einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?

☐ ☐ Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?

Was ist der Grund für den heutigen Besuch?

_____

ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

JA NEIN

☐ ☐ Ist Ihr Kind gestillt worden?
Wie lange _____

☐ ☐ Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?
Wie lange? (Immernoch, Morgens, Abends)

_____

☐ ☐ Isst Ihr Kind viel Süßes?

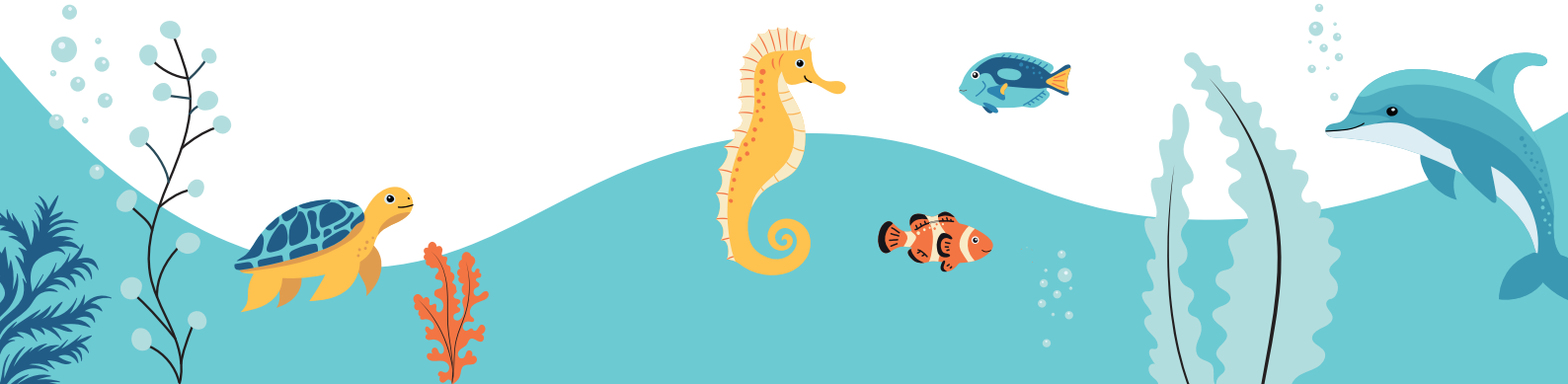
☐ ☐ Geben Sie Ihrem Kind Fluoridpräparate?

☐ ☐ - Zahnpasta

☐ ☐ - fluoridiertes Speisesalz

DentiMeer | Dr. med. dent. Shadi Zandieh
Wilhelmstraße 36 | 65183 Wiesbaden 0611 335 49 50
www.dentimeer.de info@dentimeer.de

Sprechstunden:
Montag-Freitag: 09:00-13:00 & 14:00-18:00 Uhr
oder nach Vereinbarung



DentiMeer
Die Praxis für Kinder- und Jugendzahnheilkunde in Wiesbaden

ANAMNESE DER ELTERN

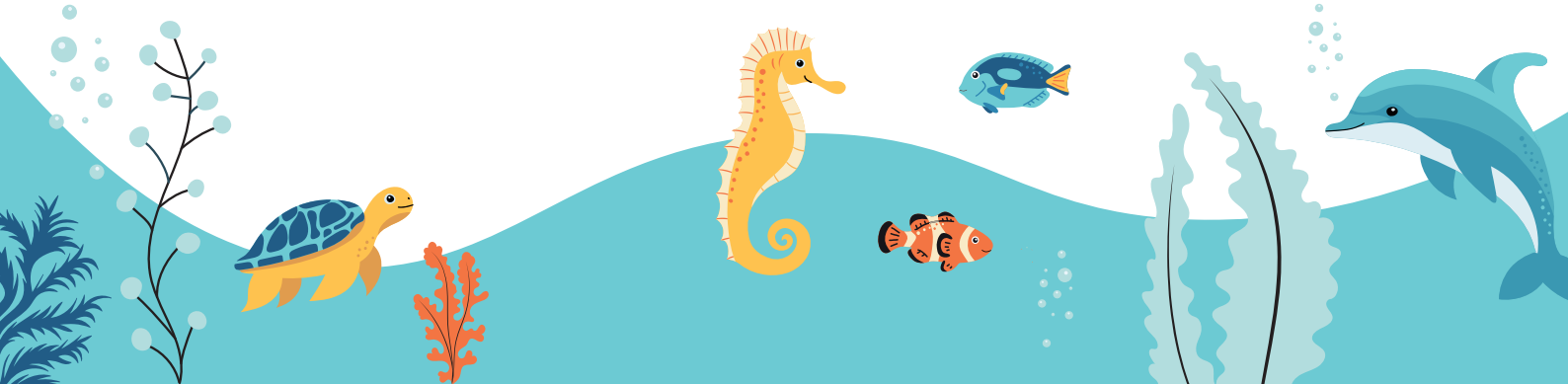
JA	NEIN		
☐	☐	Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	
☐	☐	Haben Sie Angst vom Zahnarzt?	
☐	☐	Neigen Sie zu Zahnstein, Zahnfleischbluten, Karies?	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Anforderung, Abruf, sowie Wiedergabe meiner erforderlichen Daten (z.B. Röntgenbilder) auch per Email (verschlüsselt), an vor- und nachbehandelnde Ärzte. Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Ich möchte den „Recall-Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung. Die Teilnahme am „Recall-Service“ kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte

DentiMeer | Dr. med. dent. Shadi Zandieh
Wilhelmstraße 36 | 65183 Wiesbaden 0611 335 49 50
www.dentimeer.de info@dentimeer.de

Sprechstunden:
Montag-Freitag: 09:00-13:00 & 14:00-18:00 Uhr
oder nach Vereinbarung