



DR. MED. DENT.  
NORMAN KRELLER  
DR. MED. DENT.  
NORA KRELLER

## KINDERANAMNESEBOGEN

**Sehr geehrte Eltern, liebe Kinder,  
herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis!**

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen aus, damit wir Ihr Kind nach Ihren Wünschen und in Übereinstimmung mit dem Gesundheitszustand behandeln können. Wir hoffen auf Ihr Verständnis, dass wir diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren. Dies geschieht in unserem gemeinsamen Interesse. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 STGB und Ihre personenbezogenen Daten werden nach Vorgaben des Bundesdatenschutzes behandelt.

Bei Unklarheiten zögern Sie bitte nicht uns anzusprechen.

### Persönliche Daten

#### Angaben des Kindes...

|         |              |
|---------|--------------|
| Name    | Straße/ PLZ  |
| Vorname | Geburtsdatum |

#### Angaben des Erziehungsberechtigten...

|         |                |
|---------|----------------|
| Name    | Straße/ PLZ    |
| Vorname | Geburtsdatum   |
| Beruf   | Telefon privat |
| E-Mail  | Telefon mobil  |

#### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freunde/ Bekannte/ Verwandte      Wer?



### Versicherungsstatus:

- Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenversicherung
- Hiermit bestätige ich, dass ich nicht im Basis-, Standard- oder Studententarif der privaten Krankenversicherung versichert bin.

- Internet: Google, Facebook  Jameda  Doctolib

## Allgemeinmedizinische Anamnese

(Bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

### Warum kommt Ihr Kind zu uns?

- Routineuntersuchung  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Schmerzen

### Name & Adresse des Kinderarztes:

---

**War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?**  Nein  Ja

*Wenn ja, wie verlief dieser Besuch?:*

---

### Welche Hobbies oder Lieblingbeschäftigungen hat Ihr Kind?

---

**Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarzt?**  Nein  Ja

**Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung (Herz-, Kreislauf, Diabetes, Magen-Darm, innere Organe, Blutungsstörungen, AIDS, Hepatitis, geistige Behinderung etc.)? Wenn ja, an welcher:**  Nein  Ja

---

**Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten?**  Nein  Ja

**Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?**  Nein  Ja

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**  Nein  Ja



### Andere Erkrankungen?

Nein  Ja

Wenn ja, welche:

---

### Bei Kleinkindern:

Braucht Ihr Kind noch einen Schnuller?

Nein  Ja

Wird Ihr Kind nachts gestillt oder bekommt es noch ein Flasche?

Nein  Ja

## Ernährungsanamnese

(Bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

### Nimmt Ihr Kind Fluoride zu sich?

- Fluorid-Gel  Fluoridiertes Speisesalz  Fluorretten  Fluoridierte Mundspüllösung

### Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt...

- vom Kind alleine  mit Hilfe der Eltern (Eltern putzen nach)  von den Eltern

### Wie oft werden die Zähne geputzt?

- weniger als 1x tgl.  1x täglich  morgens & abends  mehr als 2x täglich

### Womit werden die Zähne geputzt?

- von Hand  elektrisch  Zahncreme mit Fluorid  Zahncreme ohne Fluorid

Um zu gewährleisten, dass die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Vorsorgebehandlungen regelmäßig durchgeführt werden können, gibt es in unserer Praxis ein Recall- System, in dem wir Sie regelmäßig an den nächsten Termin erinnern.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie in unser Recall- System aufnehmen und Sie somit an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern?

- Ja  Nein



**Endlich haben Sie es geschafft!**

**Nochmals vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben.**

Je besser wir informiert sind, desto besser können wir Ihr Kind behandeln.

Sollten Sie einen Termin absagen müssen, dann vergeben wir diesen gerne an andere Patienten weiter, die dringend warten.

Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn Sie  
**rechtzeitig telefonisch, per e-mail oder über Doctolib**  
absagen, d. h. **24 Stunden** vorher.

Wir weisen höflich darauf hin, dass wir Ihnen im Falle einer Nichtabsage oder verspäteter Absage gem. §§ 304, 683 BGB einen Aufwendungsersatz in Rechnung stellen können. Weitere Informationen finden Sie auf der nächsten Seite.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.



---

*Berlin, den*

*Unterschrift Patient*

*Unterschrift Arzt*

---

