

Praxis
Dr. Christiane Lüdtkke
Gärtnerweg 24
01796 Pirna

Zahnarztpraxis Zahnarztpraxis

KINDERANAMNESEBOGEN

Name:..... Vorname:..... Geburtstag:.....
Straße:..... PLZ/ Ort:..... Telefon:.....
Geburtsort:..... Geburtsname:.....

Bei Familienversicherten (z.B. Kindern) benötigen wir noch folgende Angaben des
Mitgliedes:

Name:..... Vorname:..... Geburtstag:.....

Leidet Ihr Kind an: (bitte zutreffendes ankreuzen)

1. Ansteckenden Krankheiten? Infektionskrankheiten? ja nein

Wenn ja, welche.....

2. Herzkrankheiten? Operationen am Herzen? ja nein

3. Allergien?

Wenn ja, welche..... ja nein

4. Blutungsneigung (Blutkrankheit)? ja nein

5. Zuckerkrankheit? ja nein

6. Herz,- Kreislaufbeschwerden? ja nein

7. Hatte Ihr Kind schon einmal einen epileptischen
Anfall? ja nein

8. Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Arzt:..... Tel.:.....

9. Nimmt Ihr Kind Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?.....

10. Wurde Ihr Kind innerhalb der letzten 12 Monate
geröntgt? ja nein

Prophylaxe:

1. Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne von allen Seiten
min. 2x täglich? ja nein

2. Putzt Ihr Kind seine Zähne schon selbstständig? ja nein

3. Verwenden Sie fluoridhaltige Zahnpasta? ja nein

4. Verwenden Sie regelmäßig zusätzliche Fluoride
(Gele, Spülungen,...)? ja nein

5. Kochen Sie mit fluoridiertem Kochsalz? ja nein

6. Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? ja nein

7. Nimmt Ihr Kind zuckerhaltige Speisen und Getränke, nach dem
abendlichen Zähneputzen, zu sich? ja nein

8. Willigen Sie in Fluoridierungsmaßnahmen ein? ja nein

Wünschen Sie, dass wir Sie in unserem Erinnerungsservice (Recall) aufnehmen und Sie zur
nächsten fälligen Untersuchung, Prophylaxe (Bonusstempel) anschreiben? ja nein

Dr.Christiane Lüdtkke* Gärtnerweg 24* 01796 Pirna*☎03501/548305

Unterschrift:

Datum: