

---

# Kinderanamnese

---



**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie diese Fragen sorgfältig und schicken uns das Blatt vor dem ersten Termin zu. Sie helfen uns, besser auf Ihr Kind eingehen zu können! Sie können einzelne Fragen auch unbeantwortet lassen.

- Aus welchen Gründen haben Sie Ihr Kind angemeldet? ( Routineuntersuchung , Kieferorthopädische Beratung , Schmerzen etc. )
- Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt?
- Hat Ihr Kind Angst vor : *Spritze Piks Bohrer Geräuschen OP-Lampe Behandlungsstuhl* liegend?
- Hat Ihr Kind in den letzten 2 Jahren Schmerzen erfahren? (auch bei anderen Ärzten)
- Welche Hobbies / Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind? Hat Ihr Kind ein besonderes Kuscheltier? (Kann mitgebracht werden) Hat Ihr Kind einen Kosenamen?
- Haben Sie / Ihr Kind besondere Wünsche bezüglich der Behandlung?
- Hat Ihr Kind schon an einem Prophylaxeprogramm teilgenommen? Haben Sie schon selber Erfahrungen diesbezüglich?
- Gibt es spezielle Umstände im Leben Ihres Kindes , über die wir Bescheid wissen sollten?
- Haben Sie selber Angst vor dem Zahnarzt? Wenn Sie selber Angst haben, übertragen Sie diese möglicherweise auf das Kind!

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen . Sollten bei Ihrem Kind besondere Maßnahmen anfallen, werden wir selbstverständlich vor der Durchführung mit Ihnen Rücksprache halten.

\_\_\_\_\_  
Ort , Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Elternteils