

## Anamnese Neupatient

Vor- und Zuname Kind \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Pat Nr. \_\_\_\_\_

Von Zeit zu Zeit muss die Anamnese aktualisiert werden.

Bitte informieren Sie uns jederzeit, wenn sich etwas bei Ihrem Kind medizinisch oder in der Allgemeinsituaton in der Familie, Kiga ändert, da sich dies auch auf die Mundgesundheit auswirken kann. Natürlich sind alle Ihre Daten und die Ihres Kindes bei uns sicher und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen in folgenden Bereichen? Bitte betreffende Bereiche einkreisen und Details dahinter schreiben.

Hals/ Nase / Ohren / Hören

Sehen / Augen

Herz/ Herzfehler/ Kreislauf

Muskulatur

Lunge/ Atemwege/ Asthma/ Krupp

Magen ( z.B. Reflux, Erbrechen)/ Darm/ Leber/ Niere

Stoffwechsel ( Diabetes, Hormondrüsen, Schilddrüse)

Nervensystem (Epilepsie, Lähmungen)

Geistige Retardierung ( auf welchem Entwicklungsgrad) befindet sich ihr Kind?

psychische Störungen ( ADHS; Autismus, etc)

Blut (zB. Gerinnungsstörungen)

Syndrome (genetisch / erworben)

Hat das Kind eine Infektionskrankheit wie HIV/ Hep A, B, C positiv?

Mundbereich/ Zunge/ Muskeln, Schlucken, Essen, Logopädie?

Hat Ihr Kind einen Allergien/ Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

War das Kind eine Frühgeburt? \_\_\_\_\_SSWW und wurde es beatmet? ja / nein

aktuelles Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon mal eine Narkose woanders? \_\_\_\_\_

**Atmung:** Wie atmet Ihr Kind: durch  Mund  Nase

Schnarcht ihr Kind? ja / nein

Hat es Atemaussetzer nachts (Schlafapnoe)? ja / nein

**Zähne:** ab wann kamen die ersten Zähne? \_\_\_\_\_Monate

Knirscht Ihr Kind / oder presst es mit den Zähnen? ja / nein

Karies? ja / nein

Kieferorthopädie? Hat ihr Kind eine Spange? ja / nein Kieferorthopäde: \_\_\_\_\_

Schnuller/ Daumen? bis welches Lebensjahr? \_\_\_\_\_

Sonstige Habits ( Nägelkauen, Kleidung saugen, etc.)

### **Kindeswohl:**

Ist Ihr Kind hochsensibel ( Hochsensible Person, HSP) ja / nein

Hat es sehr viel Angst? / schlechte Erfahrung gemacht / ist sehr aufgeregt? Wovor?

Was gibt Ihrem Kind Halt? Mut? woran hat es Freude Hobbies?

### **Ernährungs und Prophalyxeanamnese:**

für Kinder bis 6 Jahre:

Ist ihr Kind gestillt worden ? ja / nein - Auch nachts oder zum Einschlafen ? ja / nein

Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken ? Immer noch ja / nein

Wie lange ?..... Auch nachts oder zum Einschlafen ? ja / nein

alle Kinder:

Was trinkt Ihr Kind zur Zeit überweisegend wenn nichts gegessen wird ? \_\_\_\_\_

Zwischenmahlzeiten / Getränke? \_\_\_\_\_

Ißt Ihr Kind viel Süßes ? Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Hat es bspezielle Essensgewohnheiten / Ernährungsweisen? wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Wie oft wird Zähne täglich geputzt? 1x 2x 3x

wer putzt ?  Kind  Sorgeberechtigte/ Eltern

Mit was putzen Sie Ihrem Kind die Zähne:  Handzahnbürste  Elektrische Zahnbürste

mit was putzt Ihr Kind?  Handzahnbürste  Elektrische Zahnbürste

verwenden Sie Zahnseide ja / nein

Geben Sie Ihrem Kind Fluorid Präparate ? Wenn ja, was ?

Fluorid Tabletten ; Zahnpasta..... ; Elmex Gelee ; Fluoridiertes Speisesalz (zB im "Jodsalz")

**Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.**

Datum/ Unterschrift: **X** \_\_\_\_\_