



Name des Patienten / des Kindes _____

Sind bei Ihrem Kind folgende Erkrankungen/Symptome aufgetreten:

Schwierigkeiten mit der Atmung ja nein

Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung ja nein

Taubheit oder Hörproblem ja nein

Blindheit oder Sehschwäche ja nein

Sprachprobleme oder Lernschwäche ja nein

Fehlen gängige empfohlene Schutzimpfungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Zahnmedizinische Anamnese Ihres Kindes

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein

Hatte bzw. hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja nein

Hatte Ihr Kind einmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt? ja nein

Benutzt Ihr Kind einen Nuckel oder lutscht am Daumen? ja nein

Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-Gesichtsbereich? ja nein

Sind bereits Operationen im Kiefer-Gesichtsbereich durchgeführt worden? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ist bereits eine Vorstellung/Behandlung in der Kieferorthopädie erfolgt? ja nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Geben Sie Ihrem Kind Fluorid-Präparate? ja nein

Wenn ja, welche: Zahnpasta fluoridhaltiges Salz Tabletten

Ernährungsgewohnheiten

Wurde Ihr Kind mit der Nuckelflasche gefüttert? ja nein

Wenn ja, bis zu welchem Alter? _____

Wenn ja, zu welchen Mahlzeiten? _____

Wenn ja, welche Nahrung wird/wurde genau gefüttert? _____

Ist Ihr Kind ein guter Esser? ja nein

Ist Ihr Kind oft Süßes? ja nein

Trinkt Ihr Kind oft süße Getränke (Säfte/Softdrinks/Eistee)? ja nein

Berlin, den _____

Datum/Unterschrift des Erziehungsberechtigten
(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.)