

Vom Patienten/Eltern auszufüllen	Von der Praxis auszufüllen	
Allgemeine Anamnese	Zahnärztliche Anamnese	
Ist das Kind z.Zt. in ärztlicher Behandlung?	<u>Erster Zahnarztbesuch</u> mitJahren	
Ja ? <input type="checkbox"/> , wegen..... Nein ? <input type="checkbox"/>	<u>heutiges Motiv</u>	
Arzt/Ärztin	<u>Zahnarzerfahrung des Kindes</u>	
Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?	gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/>	
Welche?	<u>Mund-/ Kieferoperationen, Unfälle?</u>	
<u>Herz / Kreislauf</u> Ja Nein	Wann?	
Herzfehler <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zähne / Strukturen	
Sonstiges	Folgen	
<u>Stoffwechsel</u> Ja Nein	<u>Habits</u> Ja Nein	
Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Daumen <input type="checkbox"/> bis <input type="checkbox"/>	
Sonstiges	Schnuller <input type="checkbox"/> bis <input type="checkbox"/>	
<u>Nervensystem</u> Ja Nein	Sonstiges	
Epilept. Anfälle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>Flasche / Brust</u> Ja Nein	
Krämpfe	Stillen <input type="checkbox"/> bis <input type="checkbox"/>	
Neurol. Störungen	Flasche <input type="checkbox"/> bis <input type="checkbox"/>	
<u>Blutkrankheiten</u> Ja Nein	nachts <input type="checkbox"/>	
Hämophilie (Bluter) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	tags <input type="checkbox"/> Inhalt:	
Sonstiges	<u>KFO-Behandlung</u> Ja Nein	
<u>Allergien</u> Ja Nein	Eltern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Asthma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Geschwister <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Patient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Allergiepass <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>Mundhygiene</u> Ja Nein	
Allerg. auf	Eltern putzen	
<u>Infektionskrankheiten</u> (z.B. TBC, HIV, Hepatitis etc.)	nach <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, folgende	Interdental <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
.....	Motiviert <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Chronische Atemwegserkrankungen Ja Nein	Zähneputzen mal täglich	
Atemwegserkrankungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<u>Individuelle Fluoridanamnese</u>	
<u>Krankenhausaufenthalte</u> Ja Nein	fluoridiertes Speisesalz Ja Nein	
Was? Wann? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fluoridierte Speisesalz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<u>Sonstige Erkrankungen, Syndrom etc.</u>	fluoridierte Kinderzahnpaste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
.....	fluoridierte Erwachs. ZP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Besonderheiten:	Fluoridtabletten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
.....	Besonderheiten:	
Gera, den	
.....	
Unterschrift Eltern	Unterschrift ZMA / Zahnarzt	
	<u>Möchten Sie in unseren Recallservice aufgenommen werden?</u>	
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Unterschrift (Mutter/Vater)	