

	ja	nein
Ist Ihr Kind im Moment in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, bei wem und warum?		
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und warum?		
Gibt es bei Ihrem Kind Besonderheiten (z. B. Krankheiten, Verhalten), die Sie als wichtig erachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Sind Tetanus- und alle anderen Kinder-Impfungen vollständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte geben Sie das derzeitige Gewicht Ihres Kindes möglichst genau an!		
Ist Ihnen bei Ihrem Kind ein Sprachfehler / eine Sprachverzögerung aufgefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen der Anamnese, die während des Behandlungszeitraumes auftreten, mit!

2.) Zahnmedizinische Anamnese

	ja	nein
War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und bei wem war Ihr Kind in Behandlung?		
Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ist der Grund für Ihren Besuch?		
Hat Ihr Kind schon mal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.) Familienanamnese

Haben Sie weitere Kinder?

ja nein

wenn ja, wie alt?

Wo wird Ihr Kind überwiegend betreut? zu Hause
 sonstiges (z. B. Oma, Hort, Tagesmama)

Bitte angeben:

Gibt es sonstige Informationen, die für das Verstehen der Situation Ihres Kindes wichtig sein könnten?

ja nein

wenn ja, welche?

Mauer, den.....

Unterschrift