

# Kinderanamnesebogen



Vor- und Nachname Ihres Kindes .....

Geburtsdatum und Geburtsort Ihres Kindes .....

Ist das Kind bei Mutter oder Vater mitversichert? (Vor- und Nachname)  
.....

Adresse des Rechnungsempfängers (Wenn abweichend von Anschrift des Kindes)  
.....

Telefon Festnetz / Mobil .....

**Hinweis: Termine, die Sie nicht rechtzeitig (bis 24 Stunden vorher) absagen, werden Ihnen in Rechnung gestellt.**

Bitte nennen Sie uns Ihren betreuenden Kinderarzt .....

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung? .....

## Sorgerecht:

Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.

Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.

## Sorgerechtsvollmacht bitte vorlegen!

Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

## Sorgerechtsvollmacht bitte vorlegen!

[http://www.jurarat.de/sites/default/files/vollmacht\\_muster\\_sorgerecht\\_getrennte\\_eltern\\_kind\\_.pdf](http://www.jurarat.de/sites/default/files/vollmacht_muster_sorgerecht_getrennte_eltern_kind_.pdf)

## Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung oder gibt es andere Besonderheiten?

(Allergien, Medikamentenunverträglichkeit, etc.)  
.....  
.....

## Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und weshalb?

.....  
.....

## Hat oder hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt?

.....

## Falls Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt wurde: Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?

Kooperativ ..... Ängstlich, aber die Behandlung war möglich ..... Verweigerung .....

## Haben Mutter oder Vater Angst vor dem Zahnarzt?

Mutter ..... Vater ..... Keiner .....

**Lutscht Ihr Kind an Daumen oder Schnuller oder hat dies früher getan?**

Ja ..... Früher, bis zum Lebensmonat ..... Nein .....

**Wie oft putzt Ihr Kind täglich seine Zähne?**

Einmal ..... Zweimal ..... Dreimal .....

**Wie putzt Ihr Kind sich die Zähne?**

Alleine ..... Mit Hilfe der Eltern ..... Nur durch die Eltern .....

**Welche Zahnpasta verwenden Sie? Ist in dieser Fluorid enthalten?**

Kinderzahnpasta ohne Fluorid .....Kinderzahnpasta mit Fluorid .....

Juniorzahnpasta ..... Erwachsenenzahnpasta .....

**Wurden Fluoridtabletten verabreicht? Wenn ja, wie lange?**

Ja, bis zum Lebensmonat ..... Nein .....

**Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?** Ja ..... Nein .....

**Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken?**

Ja, bis zum Lebensmonat ..... Nein .....

**Wurde Ihr Kind gestillt?**

Ja, immer noch ..... Ja, bis zum Lebensmonat ..... Nein .....

**Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)**

Leitungswasser ..... Mineralwasser ..... Aromatisiertes Wasser .....  
Ungesüßten Tee ..... Gesüßten Tee ..... Eistee ..... Instanttee .....  
Fruchtsaft ..... Fruchtsaftschorle ..... Cola ..... Limonade .....  
Milch ..... Kakao ..... Sportgetränk (Isotonische Getränke) .....

**Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag? Ungefähr am Tag .....**

**Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)**

Obst ..... Gemüse ..... Belegtes Brot ..... Joghurt .....  
Kaugummi ..... Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers, usw.) .....  
Reiswaffeln ..... Kekse ..... Kuchen ..... Chips/Salzstangen ..... Müsliriegel/ Fruchtschnitten .....

.....

Datum

.....

Unterschrift

**Was uns noch hilft, mit Ihrem Kind schnell in Kontakt zu kommen:**

Welche Lieblingsfarbe hat Ihr Kind?

Hat es ein Lieblingskuscheltier, Lieblingspuppe (mit Namen)?

Mag es eine Filmfigur, Fernsehserie besonders gern?

Begeistert sich ihr Kind für Sport, Musik, Tanzen, Bücher?

Hat es ein Lieblingstier?

Geht Ihr Kind in den Kindergarten?

Sind Geschwisterkinder da?



## Sorgerecht-Vollmacht

Hiermit erteile ich, *Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift*

*im folgenden Vollmachtgeber,*

*der Mutter / dem Vater* unseres gemeinsamen Kindes,

*Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift*

*im folgenden Vollmachtnehmer,*

die Vollmacht, die folgend benannten Aufgaben des elterlichen Sorgerechts für unser gemeinsames Kind

*Vorname, Name, Geburtsdatum, Geburtsort*

in alleiniger Verantwortung wahrzunehmen und alle notwendigen und relevanten Erklärungen auch in meinem Namen abzugeben.

Diese Vollmacht erstreckt sich auf folgende Bereiche der Aufgaben des elterlichen Sorgerechts, die nicht mehr als Fragen von wesentlicher Bedeutung im Rahmen des gemeinsamen Sorgerechts angesehen werden:

### - im Bereich der Gesundheit

auf alle zahnärztlichen Untersuchungen, einer Heilbehandlung oder einem medizinischen Eingriff – auch im Namen des Vollmachtgebers, folglich mir – zustimmen zu können.

Die Vollmacht gilt bis zu ihrem schriftlichen Widerruf.

*Ort, Datum:* \_\_\_\_\_

*Unterschrift Vollmachtgeber*

*Unterschrift Vollmachtnehmer*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Anlage:

Kopie des Personalausweises/ Reisepasskopie des Vollmachtgebers als Anlage