



ANMELDUNG

Name Ihres Kindes

Name

Vorname

Geburtstag

Anschrift Ihres Kindes

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefonnummer

Handynummer

Emailadresse

Versichert über

Mutter

Vater

Name

Vorname

Geburtstag

Versicherung/Krankenkasse

Beihilfeberechtigt

Falls abweichende Rechnungsanschrift:

Name Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Wer ist erziehungsberechtigt?

Mutter

Vater

Auf wessen Empfehlung kommen Sie? _____

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

Warum kommt Ihr Kind heute zu uns?

Kontrolle Beschwerden

Sonstiges _____

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?

Ja

Nein

Ist Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt worden?

Ja

Nein

Welche Einstellung hat Ihr Kind gegenüber Zahnärzten? _____

Ist/war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?

Ja

Nein

Wenn ja, beim wem? _____

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten?

Schnuller Daumen Finger keine

Wie häufig am Tag putzt sich Ihr Kind die Zähne?

1x

2x

3x und öfter

Wie häufig helfen sie Ihrem Kind dabei?

1x

2x

3x und öfter

Womit werden die Zähne geputzt?

Handzahnbürste

elektrische Zahnbürste

Zahnseide

Sonstiges _____

Verwendet Ihr Kind fluoridierte Zahnpasta?

Ja

Nein

Was trinkt Ihr Kind? _____

Was isst Ihr Kind zwischendurch? _____

- weiter auf Seite 2 bitte-



ALLGEMEINE ANAMNESE

Hatte Ihr Kind eine der nachfolgenden Erkrankungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Nieren-/Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen/-fehler |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen/Asthma | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle/Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |

— Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Hat Ihr Kind Allergien oder Überempfindlichkeiten gegenüber bestimmten Stoffen oder Medikamenten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

— Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall oder eine Operation? Ja Nein

Wenn ja, was ist passiert?

Name des Kinderarztes: _____

Gern möchten wir als Praxisteam unsere Patienten in ruhiger Atmosphäre kennenlernen. Zugleich möchten wir Ihren Kindern Themen rund um die Zahngesundheit näher bringen.

— Dies klappt am besten, wenn Kinder uns unvoreingenommen begegnen können.

Helfen Sie uns dabei und lassen Sie Ihrem Kind Raum für eigene Erfahrungen.
(Bei Aussagen wie "es tut nicht weh" verstehen Kinder oft nur den negativen Begriff "weh" aber nicht die damit verbundene verneinende Aussage.)

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

Eteilt uns ein Elternteil allein sein Einverständnis für eine Behandlung, erklärt er hiermit, dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Gütersloh, _____

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten