

Pützburger 2 - Dr. Birgit Sellmer-Vogt - Dr. Anna Henke-Brenner  
 53639 Königswinter-Heisterbacherrott - Tel.: 02244/80578  
 www.zahnarztkoenigswinter.de



Liebe Eltern, dieser Fragebogen dient der Vorbereitung einer angenehmen Zahnbehandlung Ihres Kindes. Bitte füllen Sie diesen Bogen aus und schicken Sie ihn uns vor der Behandlung zu oder bringen Sie ihn zum Termin mit, damit wir uns auf Ihr Kind einstellen können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Anmeldung

Kind: \_\_\_\_\_

Name Vorname geb. am / Geburtsort

Erziehungsberechtigte\_r \_\_\_\_\_

Name Vorname geb. am

Erziehungsberechtigte\_r \_\_\_\_\_

Name Vorname geb. am

Telefon: \_\_\_\_\_

Privat geschäftlich/mobil

Wohnort der/des Versicherten \_\_\_\_\_

PLZ / Ort Straße / Haus-Nr.

Das Kind ist versichert über: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: .....  privat  pflichtversichert  freiwillig versichert

<input type="checkbox"/> Ich möchte gerne die Terminerinnerung Ihrer Praxis in Anspruch nehmen <input type="checkbox"/> Ich möchte gerne an meine notwendigen Vorsorgetermine erinnert werden (Recall-System). <input type="radio"/> per Postkarte <input type="radio"/> per E-Mail <input type="radio"/> per SMS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
E-Mail Adresse: _____	

Besonderheiten, die Sie gerne nennen möchten: \_\_\_\_\_  
 Name, Adresse, Telefonnummer Ihrer Kinderärztin/ Ihres Kinderarztes: \_\_\_\_\_  
 Name, Adresse Ihrer/ Ihres bisherigen Zahnärztin/ Zahnarztes (falls vorhanden): \_\_\_\_\_  
 Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde der Krankengeschichte meines Kindes inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien und Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit der Kinderärztin / -arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden, und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Vom Erziehungsberechtigten auszufüllen

### I. Allgemeine Anamnese

Ist das Kind z.Zt. in ärztlicher (nicht zahnärztl.)  
Behandlung?

Ja  wegen: \_\_\_\_\_ Nein   
Ärztin/ Arzt \_\_\_\_\_

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein   
Welche? \_\_\_\_\_

Herz / Kreislauf: Ja Nein  
Herzfehler    
Sonstiges .....  
Herzpass

Stoffwechsel: Ja Nein  
Diabetes    
Schilddrüsenüberfunktion    
Schilddrüsenunterfunktion

Blutkrankheiten: Ja Nein  
Hämophilie (Bluter)    
Anämie (Blutarmut)

Allergien: Ja Nein  
Asthma    
Latex    
Allergie    
Reagiert allergisch auf \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten:  
(das sind z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV, etc.)  
Ja Nein

wenn ja, folgende: \_\_\_\_\_

Atemwegserkrankungen Ja Nein

Sonstige Erkrankungen, Syndrome, etc.:  
\_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Königswinter, den \_\_\_\_\_

### II. Zahnärztliche Anamnese

Erster Zahnarztbesuch mit..... Jahren

Heutiges Motiv .....

Zahnarzt-Erfahrung des Kindes

gut  mittel  schlecht

Art der Vorerfahrungen .....

Besondere Bedürfnisse Ihres Kindes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Habits: Ja Nein  
Daumen  bis .....   
Finger  bis .....   
Schnuller  bis .....

Flasche/ Brust Ja Nein  
Stillen  bis .....   
Flasche  bis .....   
 nachts  tags Inhalt .....

Zahnpflege  
Die Zähne werden  vom Kind  
geputzt?  mit Hilfe der Eltern  
 von den Eltern

Womit werden die  Elektr. Zahnbürste  
Zähne geputzt?  Handzahnbürste

Individuelle Fluoridanamnese: Ja Nein  
Fluoridiertes Speisesalz    
Fluoridierte Zahnpasta    
Fluoridsupplement Tabletten

### III. Ernährungsanamnese

Ist Ihr Kind gerne Süßigkeiten? Ja Nein

Wenn ja, ...  selten  1 x pro Tag  mehrmals  
täglich

Was trinkt Ihr Kind?  Wasser  
 Tee / mit Zucker  
 Tee / ohne Zucker  
 Milch / Kakao  
 Fruchtsäfte/Schorlen  
 Cola/Limonade  
 Sonstiges

Aus welchem Gefäß  Becher/Glas  
trinkt Ihr Kind?  Sauger-Flasche  
 Schnabeltasse  
 Sic-Flasche  
 Sonstiges