

Pützbungert 2 – 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

Ich möchte gerne an meine notwendigen Kontrolltermine erinnert werden (Recall-System). Per E-Mail <input type="checkbox"/> : Per Postkarte <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

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?

<u>Herz / Kreislauf:</u>	Ja	Nein
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges		
Herzpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Stoffwechsel:</u>	Ja	Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges		

<u>Blutkrankheiten:</u>	Ja	Nein
Hämophilie (Bluter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges		

<u>Allergien:</u>	Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (nicht bekannt)
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert allergisch auf		

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

	Ja	Nein
wenn ja, folgende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atemwegserkrankungen

Sonstige Erkrankungen, Syndrome, etc.:
.....
.....

Besonderheiten:

Königswinter, den

.....
**Unterschrift einer erziehungsberechtigten
Person**

II. Zahnärztliche Anamnese

Erster Zahnarztbesuch mit..... Jahren

Heutiges Motiv

Zahnarzt-Erfahrung des Kindes
 gut mittel schlecht

Art der Vorerfahrungen

Besondere Bedürfnisse Ihres Kindes:

<u>Habits:</u>	Ja	Nein
Daumen	<input type="checkbox"/> bis	<input type="checkbox"/>
Finger	<input type="checkbox"/> bis	<input type="checkbox"/>
Schnuller	<input type="checkbox"/> bis	<input type="checkbox"/>

<u>Flasche/ Brust</u>	Ja	Nein
Stillen	<input type="checkbox"/> bis	<input type="checkbox"/>
Flasche	<input type="checkbox"/> bis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> tags	Inhalt	

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

Womit werden die Elektr. Zahnbürste
Zähne geputzt? Handzahnbürste

<u>Individuelle Fluoridanamnese:</u>	Ja	Nein
Fluoridiertes Speisesalz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoridierte Zahnpasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoridsupplement Tabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (...mg)

III. Ernährungsanamnese

Isst 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
 Coca Cola/Limonade
 Sonstiges

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