



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
------	---------	----------------------

Mutter:			
----------------	--	--	--

Name	Vorname	geb. am	Beruf
------	---------	---------	-------

Vater:			
---------------	--	--	--

Name	Vorname	geb. am	Beruf
------	---------	---------	-------

Telefon:			
-----------------	--	--	--

Privat	geschäftlich/mobil
--------	--------------------

Wohnort des Versicherten	
PLZ / Ort	Straße / Haus-Nr.
Das Kind ist versichert bei	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater

Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert
----------------------------	---

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

Besonderheiten, die Sie gerne nennen möchten:

Name, Adresse, Telefonnummer Ihres Kinderarztes:

Name, Adresse Ihres bisherigen 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.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vom Patienten/Eltern auszufüllen

I. Allgemeine Anamnese

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

Ja wegen: **Nein**
Arzt/Ärztin.....

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja **Nein**
Welche?

Herz / Kreislauf: **Ja** **Nein**
Herzfehler
Sonstiges

Herzpass

Stoffwechsel: **Ja** **Nein**
Diabetes
Schilddrüsenüberfunktion
Schilddrüsenunterfunktion
Sonstiges

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

Allergien: **Ja** **Nein**
Asthma (nicht bekannt)
Latex
Allergie
Reagiert allergisch auf
.....

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

Ja **Nein**

wenn ja, folgende

Atemwegserkrankungen

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

Besonderheiten:

Königswinter, den

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

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 (...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
 Schnabeltasse
 Sic-Flasche
 Sonstiges