



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Dieser Anmeldebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes! Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und füllen ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung dem Gesundheitsstand Ihres Kindes anzupassen.

Name, Vorname (Kind): _____ Geb.-datum: _____

Telefonnummer Elternteil : _____

Erziehungsberechtigte: nur Mutter nur Vater Beide sonstige: _____

Versichert über: Mutter Vater Geb.-datum: _____

Krankenkasse: _____

Geburtsort: _____

Kinderarzt: _____

Ist Ihr Kind eher: entspannt eher angespannt hat große Angst

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- / Kieferbereich? : _____

Was ist der Grund für Ihren heutigen Zahnarztbesuch? : _____

Möchten Sie an den nächsten Untersuchungstermin erinnert werden? Ja nein

Allgemeine Anamnese

Entwicklungsstand

Kam Ihr Kind termingerecht zur Welt? _____

Bekam /bekommt es häufig Medikamente? _____

In welchem Alter bekam Ihr Kind den ersten Zahn? _____

Gesundheitszustand

Hat oder hatte Ihr Kind angeborene oder erworbene Herzerkrankungen? _____

Trifft eine der folgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> ansteckende Krankheiten (HIV,Hepatitis,TBC usw.) | <input type="checkbox"/> ADS |
| <input type="checkbox"/> Hörschwäche | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Unfälle |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Sehschwäche | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung/ Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie |

Andere Erkrankungen: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente oder hat es Unverträglichkeiten? _____

Atmet Ihr Kind durch den Mund, nuckelt es oder hat es Angewohnheiten, wie z. Knirschen? _____

Mundhygiene

Die Zähne werden geputzt:

- Vom Kind selbst
- Von den Eltern
- Mit Hilfe der Eltern

Womit werden die Zähne geputzt?

- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- Zahnseide
- Andere Hilfsmittel

Wann werden die Zähne geputzt:

- vor dem Frühstück
- nach dem Frühstück
- nach dem Mittagessen
- Direkt nach dem Abendbrot
- Vor dem Schlafen gehen

Benutzen Sie:

- Kinderzahnpaste mit / ohne Fluorid
- Erwachsenenzahnpaste mit / ohne Fluorid
- Fluoridgelee
- Mundspüllösungen mit / ohne Fluorid
- Fluoridtabletten
- Fluoridierung bei Zahnarzt
- Kochsalz mit Fluorid

Ernährung

Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? _____

Wie lange hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? _____

Trinkt es noch aus der Flasche? Ja Nein

Wenn ja, was? _____

Was trinkt Ihr Kind zwischendurch? _____

Haben Sie noch Fragen, die Sie gerne mit uns besprechen möchten?

Datum, Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten: _____