



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 |

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: \_\_\_\_\_