

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Um eine gute Beratung und zahnmedizinische Betreuung gewährleisten zu können, benötigen wir einige Angaben zu den Personalien und dem allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Wir bitten Sie daher, die Fragen vollständig zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE  
ANGABEN:

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich  divers

Erziehungsberechtigter  Vater  Mutter  andere: \_\_\_\_\_

Familienversichert bei  Vater  Mutter  andere: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  privat versichert bei der \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt \_\_\_\_\_

Name des Versicherten \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon/ Festnetz \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Kinderarzt \_\_\_\_\_

Grund des heutigen Besuchs \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_



bitte wenden...



## Allgemeine Anamnese

Leidet Ihr Kind unter einer der folgenden Krankheiten?

- |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Herzerkrankung           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie/Spastik        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lungenerkrankung/Asthma  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Infektionserkrankung     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber/Nierenerkrankung   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Seh-/Hör-/Sprechprobleme | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Stoffwechselerkrankung   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Entwicklungsstörungen    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutgerinnungsstörung    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung/einen Krankenhausaufenthalt/Operation? Wenn ja, welche/n? \_\_\_\_\_

## Zahnärztliche Anamnese

- War Ihr Kind schon mal beim Zahnarzt?  ja  nein
- Welche Einstellung hat Ihr Kind zum Zahnarzt?  positiv  neutral  ängstlich
- Wer putzt die Zähne?  Kind selbst  mit Hilfe der Eltern  von den Eltern
- Wie häufig wird pro Tag geputzt?  morgens  mittags  abends
- Welche Zahnpasta wird verwendet?  Kinderzahnpasta  Erwachsenenzahnpasta  
 Juniorzahnpasta  Zahnpasta ohne Fluorid
- Wird Zahnseide verwendet?  ja  nein
- Verwendet Ihr Kind Fluoridgelee (z.B. Elmex Gelee)?  ja  nein
- Wie lange bekam Ihr Kind Fluoridtabletten (z.B. Fluoretten, Zymafluor)? \_\_\_\_\_
- Derzeit immer noch?  ja  nein
- Wie lange wurde Ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_
- Derzeit immer noch?  ja  nein
- Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind?  Daumen/ Finger  Schnuller  sonstiges
- Trinkt Ihr Kind derzeit noch aus dem Fläschchen?  ja  nein
- Wenn ja, was befindet sich hauptsächlich in der Flasche? \_\_\_\_\_
- Was trinkt Ihr Kind hauptsächlich (bitte unterstreichen)?  
Wasser, ungesüßten Tee, Saftschorle, Fruchtsaft, Instanttee, Milch, Kakao, Limonade, Eistee, Cola

Möchten Sie gerne an vereinbarte Behandlungstermine und fällige Kontrolluntersuchungen erinnert werden?

- nein  ja, per  Anruf  Sms  E-mail

- Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.  
 Ich handle im Einverständnis der zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.  
 Ich bin nicht erziehungsberechtigt (Vollmacht erforderlich, bitte wenden Sie sich an unser Personal).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r\*/gesetzliche/r Vertreter/in

\* Unterschreibt nur ein Elternteil, so versichert es, auch im Namen des anderen Elternteils zu unterschreiben.