

Liebe Eltern,

PERSÖNLICHE
ANGABEN:

herzlich willkommen in unserer Praxis. Um eine gute Beratung und zahn-
medizinische 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.

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 Hauptversicherten _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ/ Stadt _____

Telefon/Festnetz _____

Mobil _____

E-Mail _____

Kinderarzt _____

Grund des heutigen Besuchs _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____



bitte wenden...



Villa Wackelzahn, Kinderzahnarztpraxis Heidelberg
Dr. Silke Schmidt & Dr. Vanessa Schamberger

Grüne Meile 52-56, 69115 Heidelberg
info@villa-wackelzahn.com, www.villa-wackelzahn.com

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 (Creutzfeldt-Jakob, Hepatitis, Aids...) | <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 einmal 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
- Was benutzen Sie beim Zähneputzen zu Hause? Zahnpasta mit Fluorid Zahnpasta ohne Fluorid
- Zahnseide Fluoridgel (z.B. Elmex Gelee)
- Wurde Ihr Kind gestillt? ja nein Wie lange? _____
- Welche Lutschgewohnheiten hat Ihr Kind? Daumen/ Finger Schnuller sonstiges
- Trinkt Ihr Kind derzeit noch aus dem Fläschchen? ja. Was? _____ nein

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 Sms E-Mail

- Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.
- Ich handle im Einverständnis des 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 er, auch im Namen des anderen Elternteils zu unterschreiben.