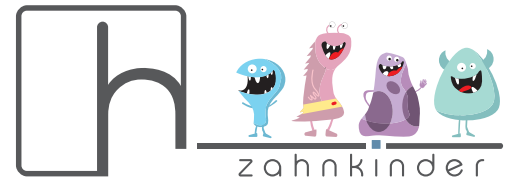


ANMELDEBOGEN FÜR KINDER



Liebe Eltern,
herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns den Zähnen Ihres Kindes widmen, benötigen wir neben den Personalien und Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand auch Auskunft über die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, lückenlose und risikofreie Beratung und Behandlung. Bitte lesen Sie sich daher die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen Sie die entsprechenden Felder aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

DATEN DES KINDES

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>
PLZ/Wohnort	<input type="text"/>

DATEN DES RECHNUNGSEMPFÄNGERS

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>
PLZ/Wohnort	<input type="text"/>
Telefon Privat	<input type="text"/>
Telefon Mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

VERSICHERUNGSSTATUS DES KINDES

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Mutter
<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> andere

SORGERECHT

- Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.
 Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
 Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

ALLGEMEIN

Wer ist der betreuende Kinderarzt?

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung?

Wann war der letzte Zahnarztbesuch?

Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall im Mund-/Kieferbereich?

Was ist der Grund für Ihren heutigen Zahnarztbesuch?

Atmet Ihr Kind durch den Mund, schnarcht es oder hat es Angewohnheiten wie Knirschen, Bleistift kauen usw.? nein ja

ENTWICKLUNGSSTAND

Kam ihr Kind zum Termin zur Welt? nein ja

Hat Ihr Kind Geschwister?
Falls ja, Anzahl und Alter? nein ja

Wann bekam Ihr Kind den 1. Zahn?

Altersgerechte sprachliche Entwicklung? nein ja

Welche Interessen/Hobbys hat Ihr Kind (Spielzeug, Bücher, Fernsehsendungen)?

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung oder gibt es andere Besonderheiten?
(Allergien, Medikamentenunverträglichkeit, etc.)

nein ja

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und weshalb?

nein ja

Musste Ihr Kind schon mal ein Antibiotikum nehmen?

nein ja

Besteht bei den Eltern des Kindes eine Latexallergie oder
Medikamentenunverträglichkeit? Wenn ja, bei wem und welche?

nein ja

Hat oder hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung
oder einen Krankenhausaufenthalt?

nein ja

MUNDHYGIENE, ZAHNGESUNDHEITLICHE ENTWICKLUNG & ERNÄHRUNG

Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken? nein ja bis zum ____ Lebensmonat immer noch

Wurde Ihr Kind gestillt? nein ja bis zum ____ Lebensmonat immer noch

Lutscht Ihr Kind an Daumen oder Schnuller? nein ja bis zum ____ Lebensmonat immer noch

Wie putzt Ihr Kind sich die Zähne? Alleine Mit Hilfe der Eltern Nur durch die Eltern

Womit werden die Zähne geputzt?

- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- Zahnseide, Zahnwischeraumbürstchen

Benutzen Sie für Ihr Kind:

- Kinderzahnpaste mit Flourid (500 ppm)
- Kinderzahnpaste mit Flourid (1000 ppm)
- Juniorzahnpaste
- Erwachsenenzahnpaste mit Flourid
- Zahnpasta ohne Flourid
- Flouridgelee
- Flouridtabletten
- Kochsalz mit Flourid

ESS- UND TRINKVERHALTEN

Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leitungswasser | <input type="checkbox"/> Mineralwasser |
| <input type="checkbox"/> Aromatisiertes Wasser | <input type="checkbox"/> Ungesüßten Tee |
| <input type="checkbox"/> Gesüßten Tee | <input type="checkbox"/> Eistee |
| <input type="checkbox"/> Instanttee | <input type="checkbox"/> Fruchtsaft |
| <input type="checkbox"/> Fruchtsaftschorle | <input type="checkbox"/> Cola |
| <input type="checkbox"/> Limonade | <input type="checkbox"/> Milch |
| <input type="checkbox"/> Kakao | <input type="checkbox"/> Isotonische Getränke |

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind ungefähr am Tag?

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Gemüse |
| <input type="checkbox"/> Kaugummi (zuckerfrei) | <input type="checkbox"/> Joghurt |
| <input type="checkbox"/> Belegtes Brot | <input type="checkbox"/> Reiswaffeln |
| <input type="checkbox"/> Kekse | <input type="checkbox"/> Kuchen |
| <input type="checkbox"/> Chips/Salzstangen | <input type="checkbox"/> Müsliriegel |
| <input type="checkbox"/> Fruchtschnitten | <input type="checkbox"/> Fruchtmus |
| <input type="checkbox"/> Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers, usw.) | |

Wann werden die Zähne geputzt?

- vor dem Frühstück
- nach dem Frühstück
- nach dem Mittagessen
- direkt nach dem Abendbrot
- vor dem Schlafen gehen

Was isst Ihr Kind?

Zum Frühstück:

Zum Mittagessen:

Zum Abendbrot:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen 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 Mutter Vater