

Anmeldebogen 4. bis 12. Lebensjahr

Nachname, Vorname (Patient/in)

Geburtsort , Geburtsdatum

Nachname, Vorname (Versicherter)

Geburtsdatum

Krankenkasse / bitte auch private
Zusatzversicherung angeben

Adresse

Telefon: privat

mobil

geschäftlich

Kinderärztin/Kinderarzt - Name, Adresse, Telefon

Kieferorthopäde / Kieferorthopädin - Name, Adresse, Telefon

Logopäde / Logopädin - Name, Adresse, Telefon

weitere mitbehandelnde Ärzte / Ärztinnen (z.B. Homöopath, Osteopath) - Name, Adresse, Telefon

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

Adresse

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Anmeldebogen 4. bis 12. Lebensjahr

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Alter des Kindes (Monate): _____ Muttersprache: _____

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Bei welchem Arzt? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Leidet es an Allergien(Jod), Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein
Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)? Ja Nein
Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja Nein
Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle? Ja Nein
Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)? Ja Nein
Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)? Ja Nein
Andere Erkrankungen? _____ Ja Nein

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt? Ja Nein

- Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?
 gar nicht manchmal 1 x täglich 2 – 3 x täglich
- Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?
 gar keine fluoridfreie Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid) Erwachsenenzahnpasta (über 1000 ppm Fluorid)
- Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?
 Eltern Kind Eltern und Kind
- Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?
 morgens mittags abends
 vor den Mahlzeiten nach den Mahlzeiten
- Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?
 Handzahnbürste elektrische Zahnbürste
- Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten? ja nein
- Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz? ja nein weiß nicht
- Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein
Wenn ja, wann? _____ warum? _____



Anmeldebogen 4. bis 12. Lebensjahr

9. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik? keine

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z.B. Mutter des Kindes): _____

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hier noch ein Hinweis:

Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe. In den meisten Fällen sind diese ausreichend. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.