



Anmeldebogen bis zum 3. 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 bis zum 3. 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
- Wird/wurde Ihr Kind gestillt? ja nein
- Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke? ja nein
Wenn ja, woraus? Tasse/Becher mit Trinkaufsatz
 offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz



Anmeldebogen bis zum 3. Lebensjahr

10. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken? ja nein
Wenn ja: wie? Brust Flasche Becher mit Trinkaufsatz andere: _____
11. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche? Wasser ungesüßter Tee Apfelsaft Eistee
 anderes _____
12. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? _____ (Jahr /Monat)
13. Bekommt Ihr Kind schon Beikost? ja nein
Wenn ja, welche? _____
14. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?
Es schnullert/lutscht am Daumen : nein tags, wenn es müde ist
 häufig zur Beruhigung immer zum Einschlafen
- Schnullert es /lutscht es nachts am Daumen? ja nein
Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen? ja nein
15. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt? ja nein
Wenn ja, wann? _____ warum? _____
16. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)

17. 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? ja nein
Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchung? ja nein
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben? ja nein
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen? ja 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.