

## Anmeldebogen für Ihr Kind

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Erziehungsberechtigte    VaterO    MutterO    sonstigeO

---

Name/Vorname Kind

Geburtstag

---

Straße/Nr.

---

PLZ/Ort

---

Tel.privat

Tel.mobil

---

Beruf Erziehungsberechtigter

Tel.Arbeit

---

Krankenkasse

e-mail

*Bei wem ist Ihr Kind mitversichert?*

---

Name/Geburtsdatum

*Wer soll die Rechnung erhalten?*

---

Name /Adresse/ Geb.Datum

Wer ist ihr Kinderarzt? \_\_\_\_\_

Grund des heutigen Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

Besteht eine Zahnarztangst? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund/Kieferbereich? \_\_\_\_\_

Trifft eine der nachfolgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- |                         |                       |                             |                       |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Asthma                  | <input type="radio"/> | Tuberkulose                 | <input type="radio"/> |
| Diabetes                | <input type="radio"/> | Lebererkrankung             | <input type="radio"/> |
| Anfallsleiden           | <input type="radio"/> | Rheuma/rheumatisches Fieber | <input type="radio"/> |
| Hörstörungen            | <input type="radio"/> | Nervenerkrankung            | <input type="radio"/> |
| Spastik                 | <input type="radio"/> | Magen-Darm-Erkrankung       | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung  | <input type="radio"/> | Immunschwäche (AIDS)        | <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankung        | <input type="radio"/> | Geistige Verzögerung        | <input type="radio"/> |
| Lungenerkrankung        | <input type="radio"/> | Geistige Behinderung        | <input type="radio"/> |
| Erkrankungen des Blutes | <input type="radio"/> | Lernbehinderung             | <input type="radio"/> |

Hat oder hatte Ihr Kind eine Erkrankung des Herzens?

- Angeborene oder erworbene Herzfehler
- Herzoperationen?
- Sonstiges

Gibt es andere Erkrankungen? ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien? ja  nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? ja  nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Anamnese der Eltern

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja  nein

Wenn ja, welche?

Mutter:  
Vater:

Neigt ein oder beide Elternteile zu:

- |                 |                          |                            |
|-----------------|--------------------------|----------------------------|
| Karies          | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Zahnstein       | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Zahnsteinbluten | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Zahnarztangst   | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

*Was sonst noch wichtig ist*

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

Möchten Sie von uns an die Vorsorgetermine erinnert werden? ja  nein

Wenn ja, wie: per Post  per email

Datum

Unterschrift