

# Anmeldebogen für Kinder

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns um das zahnärztliche Anliegen Ihres Kindes kümmern, benötigen wir Personalien. Zu Ihrer eigenen Sicherheit benötigen wir auch Angaben über den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Bitte teilen Sie uns mögliche Änderungen mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zum Kind:

Name, Vorname

geboren am

Anschrift:

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon:

privat

geschäftlich

Das Kind ist mitversichert bei:

Mutter

Vater

Angaben zur Mutter:

Name, Vorname

geboren am

Angaben zum Vater:

Name, Vorname

geboren am

Krankenkasse:

Evtl. abweichende Anschrift des Versicherten:

\_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_ Schwester(n) Alter \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bru(e)der Alter \_\_\_\_\_

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

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

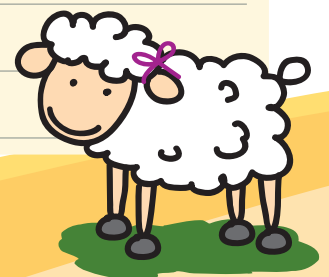
Wie verlief die bisherige Zahnarztbehandlung? \_\_\_\_\_

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

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

Besonderheiten, die Sie gerne nennen möchten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Allgemeine Anamnese:

Für die Behandlung Ihres Kindes benötigen wir folgende Angaben:  
Trifft eine der folgenden Krankheiten auf Ihr Kind zu?

- |  |                                   |                                     |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Allergien                              | <input type="checkbox"/> Ja _____ | <input type="checkbox"/> Nein _____ |
| Atemwegserkrankungen (Asthma)          | <input type="checkbox"/> Ja _____ | <input type="checkbox"/> Nein _____ |
| Herz- und Kreislaufbeschwerden         | <input type="checkbox"/> Ja _____ | <input type="checkbox"/> Nein _____ |
| Diabetes                               | <input type="checkbox"/> Ja _____ | <input type="checkbox"/> Nein _____ |
| Schilddrüsenerkrankung                 | <input type="checkbox"/> Ja _____ | <input type="checkbox"/> Nein _____ |
| Infektionskrankheiten                  | <input type="checkbox"/> Ja _____ | <input type="checkbox"/> Nein _____ |
| Erkrankungen des Nervensystems         | <input type="checkbox"/> Ja _____ | <input type="checkbox"/> Nein _____ |
| Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?   | <input type="checkbox"/> Ja _____ | <input type="checkbox"/> Nein _____ |
| Sonstige Erkrankungen                  | <input type="checkbox"/> Ja _____ | <input type="checkbox"/> Nein _____ |
| Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> Ja _____ | <input type="checkbox"/> Nein _____ |

Nur bei unseren kleinen Patienten ausfüllen:

- Lieblingstier \_\_\_\_\_  
 Lieblingsfarbe \_\_\_\_\_  
 Was kann Ihr Kind besonders gut? \_\_\_\_\_  
 Was macht Ihr Kind am liebsten? \_\_\_\_\_

Möchten Sie an die halbjährliche Untersuchung erinnert werden?

- Ja  Nein

Die Information zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

Name des Kinderarztes:

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift:

\_\_\_\_\_



## Von der Praxis auszufüllen



### Zahnärztliche Anamnese:

Erster Zahnarztbesuch mit \_\_\_\_\_ Jahren.

Heutiger Anlass

\_\_\_\_\_

Zahnarzt-Erfahrung des Kindes

- gut  
 mittel  
 schlecht

Habits

- |           |   |                               |
|-----------|---|-------------------------------|
| Daumen    | <input type="checkbox"/> Ja bis: __/__/Mo/J | <input type="checkbox"/> Nein |
| Finger    | <input type="checkbox"/> Ja bis: __/__/Mo/J | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schnuller | <input type="checkbox"/> Ja bis: __/__/Mo/J | <input type="checkbox"/> Nein |

Flasche / Brust

- |                |   |                               |
|----------------|---|-------------------------------|
| Stillen        | <input type="checkbox"/> Ja bis: __/__/Mo/J | <input type="checkbox"/> Nein |
| Flasche        | <input type="checkbox"/> Ja bis: __/__/Mo/J | <input type="checkbox"/> Nein |
| „Nuckler“?     | <input type="checkbox"/> Ja                 | <input type="checkbox"/> Nein |
| wenn „Nuckler“ | <input type="checkbox"/> nachts             | <input type="checkbox"/> tags |

Inhalt: \_\_\_\_\_

KFO-Behandlung

- |              |                             |                               |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Mutter       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vater        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Geschwister  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Patient      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| KFO geplant? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Mundhygiene

Zähneputzen

- ≤ 1 mal täglich  
 1-2 mal täglich  
 > 3 mal täglich

Anzahl ( )

Eltern (○) / Kind (□) motiviert

J ○ / □

N ○ / □

### Individuelle Fluorid-Anamnese

(von der Prophylaxehelferin zu erheben)

- |                              |  |                               |
|------------------------------|--|-------------------------------|
| Fluoridiertes Speisesalz     | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fluoridierte Kinderzahnpaste | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fluoridsupplement Tabletten  | <input type="checkbox"/> Ja ( ____ mg) | <input type="checkbox"/> Nein |

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift ZMA oder ZMF und Zahnärztin, Datum:

\_\_\_\_\_

