

Anmelde- und Gesundheitsfragebogen

Liebe Eltern, liebe Kinder,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Damit wir uns über die Gesundheit der Zähne Ihres Kindes unterhalten können, benötigen wir Angaben über die möglichen Erkrankungen Ihres Kindes, aber auch über die Angewohnheiten der Kleinen. Bitte beantworten Sie deshalb nachfolgende Fragen zu dem Gesundheitszustand Ihres Kindes sorgfältig. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, den Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Bei der Beantwortung der einzelnen Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Kind _____

Name	Vorname	geb.	Telefon privat
Name	Vorname	geb.	geschäftlich

Mitglied _____

Anschrift _____ mobil _____

Krankenkasse _____ Beihilfe ja nein
 Zusatzversicherung ja nein

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Kinderarzt _____ Zahnarzt _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung

- Herzerkrankung
- Bronchitis
- Asthma
- Pseudo-Krupp
- Diabetes
- Magenerkrankung
- Neurodermitis

- Blutgerinnungsstörungen
Blutungsneigung

- Ohnmachtsanfälle

- Sonstiges

Leidet Ihr Kind unter Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie / Spritzen
- Antibiotika
- Latex
- Sonstige:

- Allergiepass

- Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente** ein:

- bei zahnärztlicher Behandlung ist Ihr Kind
 - kooperativ
 - ängstlich
 - Verweigerung

- wie oft putzt Ihr Kind die Zähne ____ / Tag ,
alleine – mit Hilfe der Eltern – nur Eltern
- welche Zahnpasta verwenden Sie
Kinderzahnpasta mit/ohne Fluorid
Juniorzahnpasta
- wurden Fluoridtabletten verabreicht, und wie
lange _____
- verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz
- wurde Ihr Kind gestillt, wie lange _____
- hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken / trinkt
immer noch
- was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im
Tagesverlauf

- wie viele süße Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind
ungefähr am Tag? _____
- lutscht Ihr Kind an Daumen oder Schnuller oder hat
dies früher getan, bis wann _____
- befindet sich Ihr Kind in kieferorthopädischer
Behandlung

Wünschen Sie über ein **Vorsorge-Prophylaxe-Programm** auch für die Kleinsten informiert zu werden

Unser **Recall-System** – auf Ihren Wunsch erinnern wir Sie gerne an die nächste Vorsorgeuntersuchung Ihres Kindes und an die regelmäßigen Prophylaxetermine

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.



Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Sigmaringen, den _____

Unterschrift _____