

Zahnarztpraxis Olga Walter

Kinder Anmeldebogen mit Anamnese

Liebe/r Patient/in, schön, dass Sie bei uns sind! Ihre Gesundheit ist uns wichtig!

Patient Kind: Name _____ Vorname _____ geb. (+Ort) _____
Versicherter: Name _____ Vorname _____ geb. _____
Adresse: PLZ _____ Ort _____
Straße/Nr. _____ E-Mail-Adresse _____
Tel. _____ Mobil _____

Erziehungsberechtigt: Mutter _____ (Name) Vater _____ (Name) O Beide
Evtl. abweichende Anschrift der Eltern: _____
Krankenkasse/Privatkrankenkasse: _____
O Beihilfeberechtigt O zusätzlich versichert O freiwillig versichert

Name des Kinderarztes: _____
Adresse: PLZ _____ Ort _____
Straße/Nr. _____ Tel. _____

Hat oder hatte Ihr Kind eine der folgenden Krankheiten? Zahn-Mund-Situation (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Asthma, Atemnot	O ja	O nein	War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	O ja	O nein
Herzerkrankungen	O ja	O nein	Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	O ja	O nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	O ja	O nein	Bestehen bei Ihrem Kind Lutschgewohnheiten?	O ja	O nein
Genetische Erkrankungen	O ja	O nein	O Schnuller	O Daumen	O nein
Tumore	O ja	O nein	Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten?	O ja	O nein
Blutgerinnungsstörungen	O ja	O nein	Benutzen Sie fluoridhaltige Präparate (Salz/Zahnpasta)?	O ja	O nein
Epilepsie (Krampanfälle)	O ja	O nein	Wer putzt die Zähne? _____		
Infektionen (Hepatitis, TBC, HIV)			Wie wird geputzt?	O elektrisch	O von Hand
O ja, welche _____	O ja	O nein			
War Ihr Kind eine Frühgeburt?	O ja	O nein			

Was ist der Grund des heutigen Besuches? _____

Welche Einstellungen hat Ihr Kind gegenüber dem Zahnarzt? _____

Besondere Wünsche Ihres Kindes beim Zahnarzt? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

BITTE BEACHTEN SIE DIE FOLGENDE DINGE, DIE ZU EINER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG BEITRAGEN:

- Erscheinen Sie möglichst 10 Minuten vor dem vereinbarten Behandlungstermin, damit Ihr Kind Zeit hat, sich zu akklimatisieren
- Versuchen Sie, sich im Behandlungszimmer weitestgehend zurückzunehmen, um dem Zahnarzt eine optimale Verhaltensführung Ihres Kindes zu ermöglichen
- Vermeiden Sie Angstbegriffe, wie „Schmerz“, „Spritze“, tapfer“, „es tut nicht weh“, „es ist nicht so schlimm“, „Du brauchst keine Angst zu haben“ etc.

Erinnerung: Wie wünschen Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert zu werden?
O Telefonisch O E-Mail O per Post

Unterschrift (gesetzlicher Vertreter)

Ort und Datum