

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns den Zähnen Ihres Kindes widmen, benötigen wir neben den Personalien und Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand auch Auskunft über die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, lückenlose und risikofreie Beratung und Behandlung. Bitte lesen Sie sich daher die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen Sie die entsprechenden Felder aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit, Ihr Team der Kinderzahnärzte am Ostpark.

PATIENTENANMELDUNG

Vor- und Nachname Ihres Kindes

Geburtsdatum und -ort Ihres Kindes

Adresse des Kindes

Ist das Kind bei Mutter oder Vater mitversichert? (Vor- und Nachname)

Geburtsdatum und -ort des Rechnungsempfängers

Adresse des Rechnungsempfängers

Telefon Festnetz / Mobil

E-Mail

VERSICHERUNGSSTATUS IHRES KINDES

Gesetzlich versichert Privat versichert Beihilfeberechtigt

Hinweis: Termine, die Sie nicht rechtzeitig (bis 24 Stunden vorher) absagen, werden Ihnen in Rechnung gestellt.

Bitte nennen Sie uns Ihren betreuenden Kinderarzt:

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung?

Sorgerecht: Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht besitze.
 Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
 Ich bin nicht erziehungsberechtigt.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Freunde/Bekannte Geschwister Google/Website Zeitung Radio
 Flyer Bundesverband Infoveranstaltung
 Postwurfsendung Jameda Arzt:
 Infostand Sonstiges:

Bitte den Fragebogen wenden ->

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung oder gibt es andere Besonderheiten? (Allergien, Medikamentenunverträglichkeit, etc.)

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und weshalb?

Besteht bei den Eltern des Kindes eine Latexallergie oder Medikamentenunverträglichkeit? Wenn ja, bei wem und welche?

Hat oder hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung oder einen Krankenhausaufenthalt?

Falls Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt wurde: Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?

Kooperativ Ängstlich, aber die Behandlung war möglich Verweigerung

Haben Mutter oder Vater Angst vor dem Zahnarzt? Mutter Vater Keiner

Lutscht Ihr Kind an Daumen oder Schnuller oder hat dies früher getan?

Ja Früher, bis zum Lebensmonat Nein

Wie oft putzt Ihr Kind täglich seine Zähne? Einmal Zweimal Dreimal

Wie putzt Ihr Kind sich die Zähne? Alleine Mit Hilfe der Eltern Nur durch die Eltern

Welche Zahnpasta verwenden Sie? Ist in dieser Fluorid enthalten? Kinderzahnpasta ohne Fluorid

Kinderzahnpasta mit Fluorid Juniorzahnpasta Erwachsenenzahnpasta

Wurden Fluoridtabletten verabreicht? Wenn ja, wie lange? Ja, bis zum Lebensmonat Nein

Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? Ja Nein

Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken? Ja, bis zum Lebensmonat Nein

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja, immer noch Ja, bis zum Lebensmonat Nein

Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Leitungswasser Mineralwasser Aromatisiertes Wasser Ungesüßten Tee Gesüßten Tee

Eistee Instanttee Fruchtsaft Fruchtsaftschorle Cola

Limonade Milch Kakao Sportgetränk (Isotonische Getränke)

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind am Tag? Ungefähr am Tag

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Obst Gemüse Kaugummi Joghurt Belegtes Brot

Brezen Reiswaffeln Kekse Kuchen Chips/Salzstangen

Müsliriegel Fruchtschnitten Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Balisto, Knoppers, usw.)

UNSER SERVICE FÜR SIE

Wir möchten Sie per E-Mail oder SMS über anstehende Termine sowie jährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen informiert halten.

Selbstverständlich schreiben wir Ihnen eine Terminerinnerung per SMS und nehmen Sie in unseren Recall auf.

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis bzw. Informationen zu Aktionen übersenden?

Ja Nein Wenn ja, auf welchem Wege? Per Post Per E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Mutter Vater