

Kinder-Anmeldung

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Für eine optimale und individuelle Behandlung ist Ihre Mithilfe notwendig. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Gerne helfen wir Ihnen zu den einzelnen Fragen weiter und danken für Ihre Mitarbeit.



Zahnarztpraxis Basegmez

Name:	Telefon:
Vorname:	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	Hobbies:
Str./Nr.:	Lieblingsspielzeug:
PLZ/Ort:	Lieblingsessen:
Empfohlen/überwiesen von:	
Name und Adresse des Kinderarztes:	

Anamnese

Herzerkrankung / Herzfehler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutungsneigung/Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leberentzündung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Immunschwäche (AIDS)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Chronische Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, seit wann und Grund der Behandlung:
--	---	---

Allergien/Medikamentenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hat Ihr Kind einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, welche?			

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche?
---------------------------------	---	-------------------

Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche?
------------------------	---	-------------------

Mein Kind geht in <input type="checkbox"/> den Kindergarten <input type="checkbox"/> die Schule	Durchbruch erster Zahn mit _____ Monaten	Lutschgewohnheiten <input type="checkbox"/> Daumen/Finger <input type="checkbox"/> Schnuller
---	--	--

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, gab es negative Erfahrungen? Welche?
--	---	--

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hat Ihr Kind Angst vor Ärzten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---	--------------------------------	---

Was isst und trinkt Ihr Kind zum Frühstück / Abendessen?
--

Was gibt es als Zwischenmahlzeit?

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf?

1. Die Zähne Ihres Kindes werden geputzt: <input type="checkbox"/> vom Kind allein <input type="checkbox"/> mit Hilfe der Eltern <input type="checkbox"/> von den Eltern <input type="checkbox"/> < 1 mal täglich <input type="checkbox"/> 1 mal täglich <input type="checkbox"/> > 1 mal täglich

2. Womit werden die Zähne geputzt? <input type="checkbox"/> von Hand <input type="checkbox"/> elektrisch <input type="checkbox"/> Zahncreme mit Fluorid <input type="checkbox"/> Zahncreme ohne Fluorid

3. Nimmt Ihr Kind ansonsten Fluorid zu sich? <input type="checkbox"/> Fluoretten <input type="checkbox"/> Fluorid Gel <input type="checkbox"/> fluoridiertes Speisesalz <input type="checkbox"/> fluoridierte Mundspülung

Wir danken für Ihre Mithilfe!	Datum:	Unterschrift
--------------------------------------	--------	--------------