

ZAHN HEILKUNDE

Praxis für Kinder & Jugendliche

ANMELDUNG

Name	Vorname	Geb. am	Beruf
Kind/Patient:			
Mutter:			
Vater:			
Kontakt:			
Tel. Privat	Handy Mutter	Handy Vater	E-Mail Adresse
Adresse des Versicherten:			
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
KRANKENVERSICHERUNG:			
<input type="checkbox"/> gesetzl. Versicherung: _____		<input type="checkbox"/> private Versicherung: _____	
Das Kind ist mitversichert bei:		<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	
Das Sorgerecht hat:		<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide	
ÄRZTLICHE VERSORGUNG:			
Name:		Adresse/Ort:	
(Haus-)Zahnarzt:			
Von wem wurden Sie überwiesen?			
Gibt es zahnärztliche Röntgenbilder?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

ALLGEMEINE ANAMNESE

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

ja, und zwar _____ nein

Wenn ja, weshalb? _____

Chronische Atemwegserkrankungen: ja nein

Wenn ja, welche: _____

Herz/Kreislauf

Herzfehler ja nein

Herzpass ja nein

Herzgeräusche ja nein

Sonstiges: _____

Blutkrankheiten

Hämophilie (Bluter) ja nein

Anämie (Blutarmut) ja nein

Sonstiges: _____

Stoffwechsel

Diabetes ja nein

Schilddrüsenunterfunktion ja nein

Schilddrüsenüberfunktion ja nein

Sonstiges: _____

Nervensystem

Epilepsie ja nein

Krämpfe ja nein

Neurol.Störungen: _____

Infektionskrankheiten

z.B. Hepatitis, Tbc, HIV, Covid19,... ja nein

Wenn ja, welche: _____

Allergien

Asthma: ja nein

Latexallergie: ja nein

Allergiepass: ja nein

Generelle Allergie: ja nein

Welche: _____

Sonstige Erkrankungen, Syndrome, etc

Welche: _____

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

erster Zahnarztbesuch mit __ Jahren und ___ Monaten

Zahnarztefahrungen des Kindes bisher: gut mittel schlecht keine

Unfälle (z.B. Sturz, Zusammenstoß,...): _____

Bekommt Ihr Kind Zwischenmahlzeiten: ja, welche? _____ nein

Was trinkt Ihr Kind überwiegend: Wasser Tee ungesüßt Tee gesüßt
 Saft/-schorle Kakao Milch

Indiv. Fluoridanamnese: Fluoridiertes Speisesalz
 Fluoridierte (Kinder-)Zahnpasta
 Fluoridsupplement Tabletten
 ich gestatte eine Zahnfluoridierung während der Behandlung

Zähneputzen: nicht täglich 1 mal täglich 2 mal täglich
 3mal täglich oder mehr

Wer putzt: Kind Kind und Eltern Eltern

Womit wird gereinigt: Bürste manuell Bürste elektrisch Zahnseide Munddusche

Das Kind ist motiviert: ja nein

Angewohnheiten (nur bei Kindern bis 6 Jahre):

Daumen Schnuller, wie lange ____
 Flasche, wie lange ____ Monate Brust, wie lange ____ Monate

Ich erkläre mich einverstanden, dass bei Bedarf Röntgenbilder meines Kindes angefertigt werden und diese - falls notwendig - an einen anderen Zahnarzt oder Kieferorthopäden weitergegeben werden dürfen: ja nein

Möchten Sie unseren Terminerinnerungsservice nutzen?

ja, per SMS ja, per Email nein

Datum: _____

Unterschrift: _____