



Liebe Eltern,

bitte füllen Sie vorliegendes Formular gewissenhaft aus. Für eine verantwortungsvolle zahnärztliche Behandlung ist es unerlässlich zu wissen, ob ihr Kind an Vorerkrankungen leidet. Informationen zu Vorlieben und Putzgewohnheiten erleichtern uns den spielerischen Umgang mit Ihrem Kind. Bei Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich gerne an uns.

Ihre Dr. Anne Hausmann & Team

Persönliche Angaben

Name/Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefonnummer privat

Telefonnummer mobil

Krankenversicherung :

Krankenkasse

privat versichert ja nein Basistarif ja nein beihilfeberechtigt ja nein

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

Familienversichert über:

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Beruf

Arbeitgeber

E-Mail Adresse

Name des Kinderarztes

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung

Flyer

Homepage

Jameda

Überweisung von: _____

Sonstiges: _____

Was ist der Anlass Ihres Termins bei uns?

Wünschen Sie eine Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen?

per E-Mail

per SMS

per Anruf



Allgemeinärztliche Anamnese

Leidet oder litt Ihr Kind unter folgenden Erkrankungen?

Allergien/Überempfindlichkeiten, wenn ja, welche:

- Blutgerinnungsstörung
- Bluthochdruck
- Herzerkrankung, wenn ja, welche:

Hat Ihr Kind einen Herzschrittmacher? ja nein

Herzklappenersatz? ja nein

Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig? ja nein

- Schlaganfall
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- HIV positiv
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Tuberkulose
- Schilddrüsenerkrankung, wenn ja, welche:

Magen-Darm-Erkrankung, wenn ja, welche:

Nierenerkrankung, wenn ja, welche:

Lebererkrankung, wenn ja, welche:

- Migräne
- Augenerkrankung (z.B. grüner Star)
- Osteoporose
- Asthma
- Epilepsie
- psychische Erkrankungen
- Tumorerkrankung

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche (oder Medikamentenliste beilegen):

Hat Ihr Kind einen Ausweis für eine Erkrankung oder für
Medikationen, z.B. Allergiepass, Herzpass, Endokarditispass?

ja nein

Sind jemals Unverträglichkeiten auf Medikamente oder
Betäubungsspritzen bei Ihrem Kind aufgetreten, z.B. Ohnmacht,
Allergie? ja nein

Lebt Ihr Kind vegan (frei von tierischen Produkten)? ja nein



Zahnärztliche Anamnese

War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja nein
Wenn ja, wann

Ist Ihr Kind schon einmal an den Zähnen geröntgt worden?
Wenn ja, wann

Putzt Ihr Kind gerne seine Zähne? ja nein

Putzt Ihr Kind schon ganz alleine? ja nein

War Ihr Kind bisher beim Zahnarzt
zur Kinderprophylaxe? ja nein

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten (z.B. Schnuller, Daumen,
Trinkfläschchen zum Schlafen)? ja nein

Hat Ihr Kind eine Zahnsperre? ja nein

Ernährungsgewohnheiten:

- isst gerne Süßigkeiten
- isst gerne herzhaft
- gemischt, isst fast alles
- trinkt nur Wasser und ungesüßten Tee
- trinkt gern Saftschorle
- trinkt gerne Limonaden und Säfte oder süßen Tee
- wird gestillt
- bekommt Milchersatznahrung aus dem Fläschchen

Auf welchen Wegen werden die Zähne Ihres Kindes fluoridiert?

- fluoridierte Kinderzahncreme
- Fluoridtabletten
- fluoridiertes Speisesalz
- Fluoridierung in der Schule/Kindergarten

Persönliche Fragen

Was für Hobbys hat Ihr Kind? / Was macht es gerne in der
Freizeit?

Was ist das Lieblingsgericht Ihres Kindes?

Worüber kann Ihr Kind lachen?

Hat Ihr Kind ein Idol (wie z.B. Elsa, die Eiskönigin)?

Geht Ihr Kind gerne zum Zahnarzt? ja nein

Hat es Angst vorm Zahnarzt? ja nein

Sollten sich zukünftig Änderungen der Angaben Ihres Kindes
ergeben, bitten wir Sie, uns baldmöglichst darüber zu infor-
mieren.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer
Angaben.

Ich stimme der elektronischen Verarbeitung dieser Daten zu.

Datum, Ort

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r