

Anmeldebogen für Kinder (0-12 Jahre)

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Bevor wir uns in aller Ruhe über die zahnmedizinische Behandlung Ihres Kindes unterhalten, benötigen wir neben allgemeinen Angaben auch Informationen über den Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig, da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht unserer Praxis.

Name Patient _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift _____

Name des Versicherten

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift _____

Telefonnummer privat _____ dienstlich _____

Telefonnummer mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____

Basistarif Ja

Kinderarzt

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

Kieferorthopäde

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

Empfohlen durch

Zahnarzt Kinderarzt Bekannte Internet

Kita Sonstige _____

Allgemeine und zahnärztliche Anamnese

Hat Ihr Kind eine der nachfolgenden Krankheiten?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Aids | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Nierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Herzerkrankung | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> ADHS | <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> Leukämie | <input type="radio"/> Tumor |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Lungenerkrankung | <input type="radio"/> Sprachprobleme |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Muskelschwäche | <input type="radio"/> Sonstige Krankheiten _____ |
| <input type="radio"/> Gehörbeeinträchtigung | <input type="radio"/> Neurodermitis | |

Welche Fluorid-Präparate bekommt Ihr Kind?

- Fluorid-Gelee (Elmex/ProSchmelz) Fluoridiertes Kochsalz Fluorid-Zahnpasta



Gewohnheiten

- Schnuller Daumenlutschen Sonstiges _____
- häufig zur Beruhigung
 am Tag, wenn das Kind müde ist
 immer zum Einschlafen

Befindet sich Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

- Ja Bei welchem Arzt: _____
- Nein

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt?

- Ja Falls ja: Worauf hat Ihr Kind reagiert (Allergiepass)? _____
- Nein

Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)?

- Ja Nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

- Ja Falls ja, welche? _____
- Nein

Hat Ihr Kind eine körperliche / geistige Behinderung?

- Ja Falls ja, welche? _____
- Nein

War Ihr Kind bereits beim Zahnarzt?

- Ja Hat Ihrem Kind dabei etwas nicht gefallen? _____
- Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Zahnschmerzen?

- Ja Nein

Der Grund Ihres heutigen Besuchs? _____

Was trinkt Ihr Kind am häufigsten? _____

Trinkt Ihr Kind noch aus der Flasche?

- Ja Falls ja, welche Getränke und wann? _____
- Nein

Wünschen Sie eine Erinnerung an die halbjährlichen Kontrolltermine (Recall)?

- Ja Nein



Nach EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. In unserem Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ erhalten Sie alle erforderlichen Informationen. Sollten Sie darüber hinaus gehende Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Ich habe die Informationen gelesen und bin damit einverstanden. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass bei meinem Kind die notwendigen Behandlungen nach Absprache mit der Behandlerin / dem Behandler durchgeführt werden.

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

Die von uns durchgeführten Maßnahmen sind medizinisch notwendig, andernfalls sind es Wunschbehandlungen (§1 GOZ) oder Verlangensleistungen (§2, Abs. 3 GOZ), die mit Ihnen vorher vereinbart werden und als solche in der Liquidation gekennzeichnet sind. Privatpatienten seien darauf hingewiesen, dass diese Leistungen von den privaten Versicherungen möglicherweise nicht in vollem Umfang erstattet werden.

Ich habe diese Informationen gelesen und verstanden.

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____