



Zahnarztpraxis Jakob Osada

**Liebe Eltern, Liebe Kinder,
herzlich willkommen in unserer Kindersprechstunde.**

Dieser Anmeldebogen dient der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und füllen ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung dem Gesundheitszustand Ihres Kindes anzupassen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Erziehungsberechtigte: nur Mutter nur Vater Beide Sonstige

Name des Kinderarztes: _____ Anschrift: _____

Was ist der Grund für Ihren heutigen Zahnarztbesuch? _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund-/ Kieferbereich? _____

Allgemeine Anamnese

Bekam Ihr Kind häufig Medikamente? _____

In welchem Alter bekam Ihr Kind den ersten Zahn? _____

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind? _____

Ist der Impfschutz vollständig? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Trifft eine der nachfolgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten (HIV, Hepatitis, TBC usw.) |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Hörschwäche |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Sehschwäche |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> ADS |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Krampfleiden (Epilepsie etc.) |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Magen- Darm- Erkrankungen | <input type="checkbox"/> angeborene oder erworbene Herzfehler |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzoperationen |

Sonstiges _____

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? Wenn ja welche? _____



Von wem werden die Zähne geputzt?

- vom Kind selbst
- von den Eltern
- mit Hilfe der Eltern

Wie oft? _____

Welche Fluoride verwenden sie zu Hause?

- Kinderzahnpaste mit Fluorid
- Fluoridtabletten
- Mundspüllösung mit Fluorid
- Kochsalz mit Fluorid
- Fluoridgelee
- Erwachsenenzahnpaste mit Fluorid

Wie oft? _____

Wann werden die Zähne geputzt?

- vor dem Frühstück
- nach dem Frühstück
- nach dem Mittagessen
- direkt nach dem Abendbrot
- vor dem Schlafengehen

Womit werden die Zähne geputzt?

- Handzahnbürste
- elektrische Zahnbürste
- Zahnseide
- Andere Hilfsmittel _____

Angaben zur Ernährung

Wird ihr Kind noch gestillt? Ja Nein

Trinkt es noch aus der Flasche? Ja Nein

Wenn ja, was? _____

Was trinkt Ihr Kind zwischendurch? _____

Was isst Ihr Kind zwischendurch? _____

Benutzt es regelmäßig zuckerfreien Kaugummi? Ja Nein

Atmet Ihr Kind vorrangig durch den Mund? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind einen Nuckel oder nuckelt am Daumen? Ja Nein

Änderungen zu den Behandlungsdaten oder Erkrankungen werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechtige sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Gesundheitsangaben.

Halle, _____
Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter