

Liebe Eltern,
mit der Beantwortung folgender Fragen erleichtern Sie uns die zahnärztliche Betreuung Ihres Kindes

Patientenanmeldung

Name des Kindes _____ geb. am: _____

Straße _____ Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Angaben der Eltern / Erziehungsberechtigten

Wer ist für das Kind sorgeberechtigt? Mutter Vater _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____ E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Telefon dienstlich: _____

Wie ist Ihr Kind versichert? Gesetzlich Privat

Name der Krankenkasse: _____

Wünschen Sie eine Erinnerung zur halbjährlich empfohlenen
Kontrolluntersuchung/Zahnreinigung? Ja Nein

- per Brief
- per SMS

Patientenanamnese

Besteht bei Ihrem Kind:

- ein Herzfehler, Herzgeräusch oder Herzerkrankung? Ja Nein
- Asthma oder Lungenerkrankungen? Ja Nein
- Lernschwäche oder Sprachprobleme? Ja Nein
- Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung? Ja Nein
- Leber- oder Nierenerkrankung? Ja Nein
- Schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe gehabt? Ja Nein
- Spastik oder veränderter Muskeltonus? Ja Nein
- Hörprobleme oder Taubheit? Ja Nein
- Sehschwäche oder Blindheit? Ja Nein

- Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV? Ja Nein
- Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes? Ja Nein
- Tumore oder bösartige Krankheiten? Ja Nein
- Angeborene Krankheiten oder Schwierigkeiten bei der Geburt?
 Frühgeburt Kaiserschnitt Zangengeburt Ja Nein
- Fehlen Impfungen bzw. andere notwendige Kinderimpfungen?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Leidet Ihr Kind unter sonstigen Krankheiten?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- Hat Ihr Kind Allergien?
Wenn ja, welche und wie äußern sich diese? _____ Ja Nein

- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____ Ja Nein
- War Ihr Kind schonmal im Krankenhaus?
Wenn ja, warum? _____ Ja Nein
- Zu welchem Kinderarzt gehen Sie mit Ihrem Kind?

- War Ihr Kind schonmal beim Zahnarzt?
Wenn ja, wann und bei wem? _____ Ja Nein
- Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? Ja Nein
- Hat Ihr Kind schonmal ein negatives Erlebnis beim Zahnarzt gehabt? Ja Nein
- Hatte Ihr Kind schonmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich? Ja Nein
- Was ist der Grund für den heutigen Besuch? _____

Ernährungsgewohnheiten

- Ist Ihr Kind gestillt worden?
Wenn ja wie lange? _____ Ja Nein
- Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken?
Wenn ja wie lange? _____ Ja Nein
 immer noch? morgens? abends?
Was ist in der Flasche? _____
- Ist Ihr Kind ein guter Esser? Ja Nein
- Isst Ihr Kind viel Süßes? Ja Nein

Fulda, den 17. August 2017
