

# Patientenanmeldebogen



Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Handy-Nr. Erziehungsberechtigter (unbedingt eintragen): \_\_\_\_\_

Name Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Wer ist Erziehungsberechtigt:  Mutter  Vater  beide  sonstige \_\_\_\_\_

verheiratet  Lebensgemeinschaft  getrennt lebend  geschieden

E-Mail: \_\_\_\_\_

Über wenn ist das Kind versichert?

Versichertenname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend) : \_\_\_\_\_

Wie ist das Kind versichert:

gesetzlich, bei der KK: \_\_\_\_\_  privat  beihilfeberechtigt  Zusatzversicherung

Kinderarzt - Name, Telefon (falls bekannt) \_\_\_\_\_

Erster Besuch beim Zahnarzt?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind Angst?  Ja  Nein

Normale Entwicklung des Kindes :  Ja  Nein  Anmerkung : \_\_\_\_\_

Allergien:  Ja  Nein  Allergiepaß:

Wenn ja welche Allergien: \_\_\_\_\_

Hat / hatte Ihr Kind nachfolgend benannte Erkrankungen:

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht  | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen/ -fehler | <input type="checkbox"/> Lunge/ Asthma         |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle         |
| <input type="checkbox"/> ADHS / ADS | <input type="checkbox"/> Angstzustände             | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |

regelmäßige Medikamenteneinnahme :  Ja  Nein welche: \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind z. Z. in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein warum: \_\_\_\_\_

Einschränkung von:  Sehkraft  Gehör  Sonstige: \_\_\_\_\_

Ernährung / Essgewohnheiten

- |  |                               |   |                                    |                                 |
|--|-------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Überwiegend süß | <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> gemischt       | <input type="checkbox"/> Fast food | <input type="checkbox"/> deftig |
| <input type="checkbox"/> Isst wenig      | <input type="checkbox"/> viel | <input type="checkbox"/> unkontrolliert |                                    |                                 |

Lieblingssessen: \_\_\_\_\_

- |                                      |                                    |  |                                     |                                       |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fruchtsäfte | <input type="checkbox"/> Limonaden | <input type="checkbox"/> Mineralwasser | <input type="checkbox"/> Tee gesüßt | <input type="checkbox"/> Tee ungesüßt |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|

Zahnmedizinische Anamnese:

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten :  Ja  Nein

Welche? :  Daumen/ Finger  Schnuller  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Putzt Ihr Kind die Zähne alleine :  Ja  Nein  Handzahnbürste  elektr. Zahnbürste

Wie oft : \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Ist / war ihr Kind in Kieferorthopädischer Behandlung:  Ja, bei \_\_\_\_\_  Nein

Sollten wir etwas bei der Behandlung Ihres Kindes beachten?

---

Infektionserkrankungen:

HIV  Ja  Nein

Hepatitis  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

Sind Sie an Vorsorgemaßnahmen zur Gesunderhaltung von Zähnen und Zahnfleisch interessiert ? Ja  Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam, wer hat uns empfohlen ? \_\_\_\_\_

Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen bei späteren Zahnersatz führen. Mit unserem „Recall“ erinnern wir Sie gerne halbjährlich mit einer Postkarte an Ihre Vorsorgeuntersuchung.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ich möchte mit einer Postkarte an meinen halbjährlichen Kontrolltermin erinnert werden.

Ich möchte **nicht** an meinen halbjährlichen Kontrolltermin erinnert werden.

- Jeder in der Praxis vergebene Termin wird ausschließlich für Sie reserviert, wenn Sie einen Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher absagen, kann die für Sie freigehaltene Zeit in Rechnung gestellt werden.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen und die beiliegenden Informationen zum Datenschutz nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung DSGVO gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

