



## ANMELDEBOGEN FÜR UNSERE KLEINEN PATIENTEN

**Liebe Eltern, herzlich willkommen in unserer Praxis.**

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen und Ihrem Kind den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage der persönlichen Behandlungskartei Ihres Kindes und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihrem Kind einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. **Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.**

### PERSÖNLICHE DATEN IHRES KINDES

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

---

Postleitzahl, Ort

Telefon

---

### VERSICHERTE/R

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

### ANGABEN DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Name, Vorname

Titel

---

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

---

Postleitzahl, Ort

E-Mail

---

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Telefon (geschäftlich)

---

Beruf, Arbeitgeber

---

Krankenkasse

Kinderarzt (Name)

Kinderarzt (Telefon)

---

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE DER ELTERN

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? Mutter: \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? Vater: \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu Zahnarztangst?

Ja

Nein

Verlief die Schwangerschaft normal?

Ja

Nein

Verlief die Geburt normal?

Ja

Nein

**Bitte wenden**

## ANAMNESE IHRES KINDES

### Trifft eine der nachfolgenden Erkrankungen auf Ihr Kind zu?

	Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Blutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistige Verzögerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spastik/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Rheuma/Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Herzens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Infektionskrankheiten

	Ja	Nein
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creutzfeldt-Jakob/Varianten CJV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hatte Ihr Kind bereits eine der nachfolgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein
Drei-Tage-Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind schon einmal eine Narkose bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmet Ihr Kind durch den Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Hat Ihr Kind Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE IHRES KINDES

Was ist der Grund für den heutigen Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Wie verliefen bisherige Zahnbehandlungen?  gut  mittel  schlecht

Besteht Angst vor dem Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind einmal einen Unfall im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Putzt Ihr Kind seine Zähne allein?	<input type="checkbox"/>	Ja (Handzahnbürste)	<input type="checkbox"/>	Ja (elektrische Zahnbürste)	<input type="checkbox"/>	Nein		
Was trinkt Ihr Kind am meisten?	<input type="checkbox"/>	Mineralwasser	<input type="checkbox"/>	Tee ungesüßt	<input type="checkbox"/>	Tee gesüßt		
	<input type="checkbox"/>	Fruchtsaft	<input type="checkbox"/>	Limonade				
Wie sind die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	Überwiegend süß	<input type="checkbox"/>	Überwiegend deftig	<input type="checkbox"/>	Gemischt	<input type="checkbox"/>	Obst
	<input type="checkbox"/>	Fast Food	<input type="checkbox"/>	Isst unkontrolliert	<input type="checkbox"/>	Isst wenig	<input type="checkbox"/>	Isst viel
Verzehrt Ihr Kind viele Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein				
Welche Fluoridpräparate bekommt Ihr Kind?	<input type="checkbox"/>	Fluoretten	<input type="checkbox"/>	Fluoridsalz	<input type="checkbox"/>	Fluoridgel	<input type="checkbox"/>	Zahnpasta

Nimmt Ihr Kind den Schnuller oder lutscht es am Daumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

## ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Wünschen Sie regelmäßige Informationen zu jährlichen Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Prophylaxe für Kinder?  Ja  Nein  
Wenn ja, auf welchem Wege?  Per Post  Per E-Mail

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis bzw. Informationen zu Aktionen übersenden?  Ja  Nein  
Wenn ja, auf welchem Wege?  Per Post  Per E-Mail

Da unsere Praxis mit einem Bestellsystem arbeitet, wird ein Termin ausschließlich für Ihr Kind reserviert. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, unbedingt 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls müssen wir Ihnen einen Pauschalsatz von 50 Euro berechnen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben mit bestem Wissen und Gewissen gemacht und die vorliegenden Informationen gelesen habe.