

# Anmeldung Kind

## Patient\*in

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
------	---------	--------------	------------

## Versicherte\*r

Name	Vorname	Geburtsdatum	Versicherung
------	---------	--------------	--------------

## Anschrift

Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
--------------------	-----	---------

Telefon privat	Handy	e-mail
----------------	-------	--------

**Kinderarzt** \_\_\_\_\_

**Kieferorthopäde** \_\_\_\_\_

**Logopäde** \_\_\_\_\_

**sonstige behandelnde Ärzte** \_\_\_\_\_

Sie werden regelmäßig an anstehende Untersuchungen für Ihr Kind informiert. Falls Sie dies nicht wünschen, lassen Sie es uns bitte wissen.

Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir bemühen uns nach allen Kräften, die vereinbarten Termine einzuhalten, was für Sie den Vorteil der meist sehr geringen Wartezeit hat. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Wir weisen darauf hin, dass in dieser Praxis aus verwaltungstechnischen Gründen eventuell nötige Rechnungen über eine **zahnärztliche Rechnungsstelle** verschickt werden. Wir bitten Sie, uns hierfür Ihr Einverständnis auf dem beiliegenden Formular zu geben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem §203 StGb, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Mit den Bestimmungen des Datenschutzes sowie der Anästhesieaufklärung erkläre ich mich einverstanden. (gemäß Regelung der europäischen Datenschutz-Grundverordnung, Artikel 4 Nr. 7 - auf Wunsch einsehbar) Ebenso stimme ich dem Versand von Röntgenbildern zu.

## Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ich bin mit der Behandlung meines Kindes einverstanden und stimme allen notwendigen Untersuchungen zu. Es bedarf keiner gesonderten Einverständniserklärung.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich das alleinige Sorgerecht habe oder im Einverständnis des weiteren Erziehungsberechtigten unterschreibe.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Erziehungsberechtigte\*r

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Anamnese Kind

## Patient

Kind \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Bitte beantworten Sie folgende Fragen: (zutreffendes bitte ankreuzen und unterschreiben)

- Hat Ihr Kind einen Herzfehler oder besteht ein Endokarditis-Risiko? ja  nein  (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Hat Ihr Kind eine Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja  nein  (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Hat Ihr Kind eine eine Gelbsucht (Hepatitis) ja  nein  wann? \_\_\_\_\_ Typ? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind eine Infektionskrankheit (Tbc, AIDS, o. ä.)? ja  nein  wann? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind Asthma oder sonstige Atemwegserkrankungen? ja  nein  welche? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind Diabetes? ja  nein
- Hat Ihr Kind Allergien? ja  nein  welche? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind Anfallsleiden (Epilepsie)? ja  nein
- Hat/hatte Ihr Kind eine Tumorerkrankung? ja  nein  welche? \_\_\_\_\_
- Bestehen zur Zeit andere Krankheiten? ja  nein  welche? \_\_\_\_\_
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja  nein  welche? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind jemals ungewöhnliche **Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente**? ja  nein

Wurden bereits **Röntgenaufnahmen** im **Kopf-Kiefer-Zahnbereich** angefertigt?

ja  nein  wann und wo? \_\_\_\_\_

Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?

ja  nein  wann und wo? \_\_\_\_\_

**Wie oft** putzen Sie mit Ihrem Kind die Zähne? gar nicht  manchmal  1 x täglich  2-3 x täglich

Welche **Zahnpasta** verwenden Sie für Ihr Kind?

gar keine  fluoridfreie  Kinderzahnpasta (500ppm Fluorid)  Erwachsenenzahnpasta (über 1000ppm)

**Wer** putzt bei Ihrem Kind die Zähne? Eltern  Kind  Eltern und Kind

**Wann** putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

morgens  mittags  abends  vor den Mahlzeiten  nach den Mahlzeiten

**Womit** putzen Sie die Zähne?

Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

Geben Sie Ihrem Kind **Fluoridtabletten**?

ja  nein

Benutzen Sie oft **fluoridiertes Speisesalz**?

ja  nein  weiß nicht

Bekommt Ihr Kind **nachts** etwas zu trinken?

nein  Brust  Flasche  andere

### NUR BEI KLEINKINDERN:

Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?

Wasser  ungesüßter Tee  Saft  anderes

Welche Nahrung nimmt Ihr Kind zu sich?

stillen  Beikost  feste Nahrung

Benutzt Ihr Kind einen Schnuller oder lutscht am Daumen?

nie  tagsüber, wenn es müde ist  häufig, zur Beruhigung  zum einschlafen  nachts

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGb, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_