



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 _____