

Liebe Eltern, wir möchten Sie und Ihr Kind ganz herzlich in unserer Praxis begrüßen. Bitte lesen Sie sich den nachfolgenden Anmeldebogen durch und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Mit Hilfe der vorliegenden Informationen können wir uns besser auf Ihr Kind vorbereiten.

Anmeldungsdaten:

Ihr Kind:

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherung: _____

Kinderarzt: _____ versichert über: Mutter Vater

Eltern:

Mutter Name: _____ Vater Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Eltern leben getrennt: ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Warum kommen Sie in unsere Praxis? Karies Zahnreinigung
 Vorsorge Überweisung
 Zahnstellung Sonstiges

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja nein

Hat Ihr Kind eine Lungenerkrankung? Ja nein

Hat Ihr Kind eine Entwicklungsverzögerung? Ja nein

Hat Ihr Kind Allergien? Ja nein

Hat Ihr Kind eine Arzneimittelüberempfindlichkeit?
(z.B. Penicillin) Ja nein

Hat Ihr Kind Blutkrankheiten oder eine Blutungsneigung? Ja nein

Hat Ihr Kind epileptische Anfälle? Ja nein

Hat Ihr Kind Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, MRSA)? Ja nein

Hat Ihr Kind alle Kinderimpfungen erhalten (insb. Tetanus)? Ja nein

Dr. Wiebke Breuer

zertifizierte Kinder- und Jugendzahnärztin

Grandweg 2 - 59494 Soest - Tel: 02921- 599 14 88 - www.zahndschungel.de - info@ZahnDschungel.de



Hat Ihr Kind eine andere Erkrankung (wenn ja, welche)? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (wenn ja, welche)? _____

War Ihr Kind schon einmal in zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung? _____

Mit welchem Ergebnis wurde die Behandlung durchgeführt? _____

Hat Ihr Kind speziell Zahnarztangst? Wenn ja, wovor genau (Spritze, Arzt..)? _____

War Ihr Kind schon einmal beim Kieferorthopäden? Ja nein

Falls ja, bei welchem Kieferorthopäden war/ist Ihr Kind? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Narkose? ja nein

Falls ja, wo, warum und wann wurde die Narkose durchgeführt? _____

Wie oft putzt Ihr Kind seine Zähne? _____ elektrisch Handzahnbürste

Wie putzt Ihr Kind die Zähne? Alleine mit Hilfe der Eltern nur durch Eltern

Welche Zahnpasta verwenden Sie? _____

Verwenden Sie Fluoridtabletten? Ja nein

Lieblingsfernsehen: _____

Lieblingsfarbe: _____

Hat Ihr Kind Geschwister, wenn ja wie alt sind diese? _____

Nur für Kleinkinder unter 6 Jahren auszufüllen:

Lutscht Ihr Kind am Daumen? oder am Schnuller?

Hat Ihr Kind früher Daumen / Schnuller? ja nein

Wenn ja, wie lange? Wann kam ungefähr der erste Milchzahn? Mit _____ Monaten.

Hat Ihr Kind aus dem Fläschchen getrunken? Ja nein

Wenn ja, was war/ ist in der Flasche?

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja, bis zum _____ Monat nein

Ort/ Datum: _____ Unterschrift* _____

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.