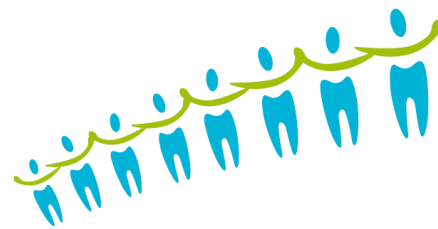




# Anmeldeformular für unsere Teenies



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

recht herzlich möchten wir Dich in unserer Prophylaxepaxis begrüßen. Im Deinem Interesse bitten wir Dich, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht.

**Sollten sich in Zukunft Änderungen an den hier gemachten Angaben ergeben, bitten wir Dich uns diese umgehend mitzuteilen!**

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Name und Tel.-Nr. privat/beruflich: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Welche Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Hausarzt/Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Kieferorthopäde: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Hobby/Sport: \_\_\_\_\_

**Risiko-Anamnese:** ja nein

Warst Du in letzter Zeit in ärztlicher  
Behandlung oder im Krankenhaus:  ja  nein

Frühere Operationen:  ja  nein

Nimmst Du regelmäßige Medikation ein:  ja  nein

Welche: \_\_\_\_\_

Hattest Du Gelbsucht (Hep.B, Hep.C):  ja  nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft:  ja  nein

Rauchst Du:  ja  nein

Wenn ja, wie viele am Tag: \_\_\_\_\_

Wann war Dein letzter Zahnarztbesuch: \_\_\_\_\_

Hast Du Angst vor dem Zahnarzt?  ja  nein

**Kieferorthopädie:** ja nein

Bist Du in KFO-Behandlung:  ja  nein

**Leidest Du an:** ja nein

Allergien, Asthma, Heuschnupfen usw.  ja  nein

Besitzest Du einen Allergiepass:  ja  nein

Unverträglichkeit von Medikamenten:  ja  nein

Herz- oder Kreislauferkrankungen:  ja  nein

Rheuma:  ja  nein

Zuckerkrankheit/Diabetes :  ja  nein

Welcher Typ: \_\_\_\_\_

HIV-Erkrankung/AIDS:  ja  nein

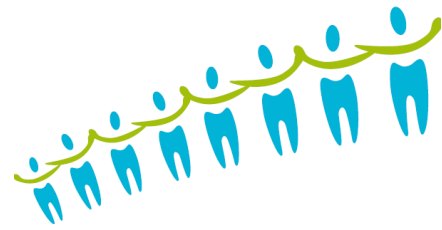
Anfallsleiden (Epilepsie):  ja  nein

Sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Anmeldeformular für unsere Teenies



## Allgemeine Fragen zur Mundhygiene:

Putzt Du Deine Zähne mit einer elektrischen Zahnbürste oder manuell?

- Wie oft putzt Du Deine Zähne:  mehrmals täglich  einmal täglich  nicht jeden Tag
- Wie oft wechselst Du Deine Zahnbürste:  jeden Monat  alle 3 Monate  weniger
- Was benutzt Du für die Zahnzwischenraumpflege:  Zahnseide  Zahnzwischenraumbürste  Zahnstocher
- Wie oft verwendest Du diese Hilfsmittel:  einmal täglich  1x wöchentlich  nie
- Reinigst Du Deine Zunge:  täglich  manchmal  nie
- Mit welchem Hilfsmittel reinigst Du Deine Zunge:  Zungenreiniger  Zahnbürste  sonstiges

## Probleme bei der Mundhygiene:

- Hast Du empfindliche Zähne:  oft  manchmal  nie
- Zerfasert die Zahnseide an Füllungen und Kronen:  oft  manchmal  nie
- Blutet Dein Zahnfleisch:  oft  manchmal  nie
- Hast Du einen seltsamen Geschmack im Mund:  oft  manchmal  nie
- Bist Du mit Deiner Zahnfarbe zufrieden:  ja  nein, zu dunkel  nein, zu gelblich

## Essen:

Wie oft isst Du am Tag? \_\_\_\_\_

Was bekommst Du zum Frühstück?

- hauptsächlich ungesüßte Lebensmittel (Wurst, Käse)
- hauptsächlich gesüßte Lebensmittel (Marmelade, Honig)

Was isst Du gerne?  Junk Food  Mamas Küche  beides

Wie oft isst Du Obst/Gemüse (frisch):  5x am Tag  3x am Tag  weniger

Isst Du mittags in der Kantine?

## Was trinkst Du gerne?

Fruchtsaft wie viel am Tag \_\_\_\_\_

Mineralwasser wie viel am Tag \_\_\_\_\_

Limo/Fanta/Cola wie viel am Tag \_\_\_\_\_

## Behandlungstermine

Bitte nimm die vereinbarten Termine pünktlich wahr. Dies vermindert die Wartezeiten und sorgt für einen stressfreien und organisierten Ablauf. Solltest Du einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Dich, uns **mindestens 48 Stunden im Voraus** zu benachrichtigen und einen Ersatztermin zu vereinbaren. Wir erinnern Dich gerne schriftlich 7 Tage vor der Behandlung an Deine Prophylaxe-Termine.

## Bestätigung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich dieses Merkblatt gelesen und verstanden habe. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu meiner näheren Information zu stellen.

Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben meinem Behandler mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten