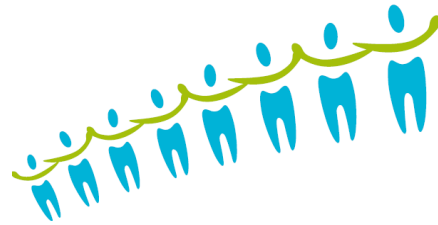




Anmeldeformular für unsere kleinen Patienten



Liebe Eltern,

recht herzlich möchten wir Sie und Ihr Kind in unserer Prophylaxepraxis begrüßen. Für eine erfolgreiche Behandlung bitten wir Sie, 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 Sie uns diese umgehend mitzuteilen!**

Kind (Name, Vorname): _____ Geboren am: _____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

Name und Tel.-Nr. privat/beruflich der Eltern: _____ E-Mail: _____

Welche Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: _____

Kinderarzt: _____ Telefonnummer: _____

Hier möchten wir Sie um einige Angaben zu ihrem Kind bitten:

Gesundheitsvorsorge und Krankheiten:

Mein Kind hat /hatte (wann) folgende (schwere) Erkrankung: _____

Nachgewiesene Allergien: _____

Medikamente:

- Häufig Antibiotika eingenommen Häufig Nasen- Racheninfekte Häufig Bläschen im Mund
 Häufig Zahnfleischbluten Fluoridtabletten von _____ bis _____ Jahre eingenommen

Gewohnheiten:

- abends Fläschchen** Lutschen (Daumen, usw.) bis _____
 nachts Fläschchen Nuckel (Kieferformer) bis _____
 tagsüber Fläschchen reine Mundatmung nachts Schlaflage: meistens Bauch meistens Rücken

Essen:

- gestillt bis _____
Milchflasche gegeben bis _____
Fertigbrei oder –Menü bis _____
Obst/Gemüse (frisch) ab _____
Vollwertkost ab _____
Süßes (Bonbons, usw.) wie oft am Tag: _____
 Isst mittags im Kindergarten oder in der Schule

Trinken

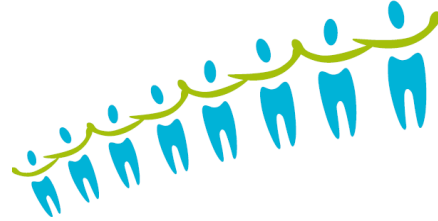
- Fruchtsaft ab _____
Mineralwasser ab _____
Limonade ab _____
Fertigtee ab _____
Aufgusstee ungesüßt gesüßt
Wann: _____

Zahnpflege:

- Eltern putzen morgens abends
 Kind putzt täglich morgens abends mittags im Kindergarten Kinderzahnbürste
 Kinderzahnpaste mit Fluorid Kinderzahnpaste ohne Fluorid Erwachsenenzahnpaste Zahnseide



Anmeldeformular für unsere kleinen Patienten



Mein Kind geht in ☺ eine Krabbelgruppe ☺ den Kindergarten ☺ die Schule
und außerdem ☺ zur Musikschule ☺ zum Sport... ☺ anderes Hobbies: _____

Angst vor dem Zahnarzt?

Hat Ihr Kind im Allgemeinen vor irgendetwas Angst? _____

Hat Ihr Kind Angst vor dem Zahnarzt ja nein allererster Besuch weiß ich nicht

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt ja nein ein bisschen

Hat Ihr Kind (negative) Vorerfahrungen gemacht beim Arzt
 beim Zahnarzt
 bei einem Klinikaufenthalt

Wissen oder vermuten Sie, wovor Ihr Kind beim Zahnarzt speziell Angst hat/hatte? Kreuzen Sie an, oder nummerieren Sie die „Ängste“ durch, d.h. die „größte Angst“ bekommt die Nr. 1

___ Geräusche Praxisgeruch weißer Kittel
___ Schmerzen komischer Geschmack zu helles Licht
___ Berührung Handschuhe Instrumente
___ Spritze: Pieks Anblick Taubheitsgefühl

anderes: _____

Was hat Ihr Kind beim letzten Zahnarztbesuch besonders gestört? Warum gab es eventuell Probleme:

Bitte machen Sie uns ein paar Angaben über die „Welt“ Ihres Kindes:

Lieblingsbeschäftigungen: _____

Lieblingsbuch: _____ Lieblingssport: _____

Lieblingessen: _____ Lieblingsgetränk: _____

Lieblingsfarbe: _____ Lieblingstier: _____

Name vom Lieblingskuscheltier (Bitte mitbringen, wenn Ihr Kind das möchte!): _____

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen? _____

Behandlungstermine

Bitte nehmen Sie in Ihrem eigenen Interesse und im Interesse der anderen Patienten die vereinbarten Termine pünktlich wahr. Sollte Ihr Kind seinen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie uns **mindestens 48 Stunden im Voraus** zu benachrichtigen und einen Ersatztermin zu vereinbaren. Wir erinnern Sie gerne schriftlich 7 Tage vor jeder Behandlung.

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 der Eltern