



Zahnpiraten für Groß und Klein

Dr. Heike Ridder & Denise Henke
Praxis für Zahnheilkunde und Kieferorthopädie

Anmeldebogen

Kind:

Name	Vorname	geb. am
------	---------	---------

Mutter:

Name	Vorname	geb. am
------	---------	---------

Vater:

Name	Vorname	geb. am
------	---------	---------

Krankenversicherung:
Das Kind ist mitversichert bei: Mutter Vater

1. *Gesetzliche Versicherung (Name):*

pflichtversichert freiwillig versichert private Zusatzversicherung

oder

2. *Private Versicherung (Name):*

Standardvertrag? Nein ja, seit wann?

Wohnort des Versicherten:

.....

PLZ /Ort	Straße / Hausnummer
----------	---------------------

Telefon:

privat	geschäftlich / mobil
--------	----------------------

Arbeitgeber:

.....

Name	Ort / PLZ
------	-----------

- Änderungen des Versicherungsverhältnisses sind der Praxis umgehend mitzuteilen!

- Termine, die ich nicht absage, werden mir privat in Rechnung gestellt!

.....

Dresden, den Datum	Unterschrift
---------------------------	---------------------

Das Kind besucht:	<input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Schule, Schuljahr.....
Geschwister:Schwester(n), Alter.....Bru(e)der, Alter.....

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? (z.B. Internet, Freunde etc.)

Besonderheiten, die Sie gerne nennen möchten

Name, Tel.- Nr. Ihres Kinderarztes

Vom **Patienten / Eltern** auszufüllen

Allgemeine Anamnese

Ist Ihr Kind in **ärztlicher** (nicht zahnärztl.) Behandlung?

Nein Ja, wegen.....
Arzt/Ärztin.....

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, welche.....

Herz/Kreislauf

	Ja	Nein
Herzfehler:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzgeräusche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzpass:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:.....		

Stoffwechsel

	Ja	Nein
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:.....		

Nervensystem

	Ja	Nein
Epileptische Anfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Störungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutkrankheiten

	Ja	Nein
Hämophilie (Bluter):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anämie (Blutarmut):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:.....		

Allergien

	Ja	Nein
Allergiepass vorhanden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (nicht bekannt)
chronische Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (nicht bekannt)
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (nicht bekannt)
Wenn ja, welche:.....		

Infektionskrankheiten

(z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

	Ja	Nein
Wenn ja, welche:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen, Syndrome etc.

Wenn ja, welche
.....

Sonstige Besonderheiten

Wenn ja, welche:
.....

Erster Zahnarztbesuch

mit.....Jahren

Heutiger Anlass ist

.....
(z.B. Zahnschmerzen, Kontrolle)

Vom **Patienten / Eltern** auszufüllen

Zahnärztliche Anamnese

Mund-/Kieferoperationen, Unfälle Ja Nein

Was:.....
(z.B. Unfall, Operation)

Wann:.....

Wo:.....

Angewohnheiten

	Ja (bis)	Nein
Daumenlutschen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingernuckeln:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnuller:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Flasche/Brust

	Ja (bis)	Nein
Stillen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange?.....		
Nuckelflasche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange?.....		
Sportlerflasche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Becher/Glas:

Die häufigsten Getränke sind:.....

Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

	Ja	Nein
Geschwister:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Dresden, den **Datum**

Unterschrift
(Eltern)

Von der **Praxis** auszufüllen

Mundhygiene:

Zähneputzen: 1 mal täglich
 1- 2 mal täglich
 3 mal täglich

Individuelle Fluorid - Anamnese:

(von der Prophylaxehelferin zu erheben)

	Ja	Nein
Fluoridiertes Speisesalz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoridierte Zahnpasta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoridsupplement-Tabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich möchte in das Recall System aufgenommen werden:

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>