



Zahnpiraten für Groß und Klein

Anmeldung

Kind:	<input type="text" value="Vorname"/>	<input type="text" value="Nachname"/>	<input type="text" value="Geburtsdatum"/>
Mutter:	<input type="text" value="Vorname"/>	<input type="text" value="Nachname"/>	<input type="text" value="Geburtsdatum"/>
Vater:	<input type="text" value="Vorname"/>	<input type="text" value="Nachname"/>	<input type="text" value="Geburtsdatum"/>

Krankenversicherung

Das Kind ist mitversichert bei: Mutter Vater

Gesetzliche Versicherung

Private Versicherung

pflichtversichert freiwillig versichert

private Zusatzversicherung

Standardvertrag? Nein

Ja, seit

Persönliche Angaben des Versicherten:

Änderungen des Versicherungsverhältnisses sind der Praxis umgehend mitzuteilen!
Termine, die ich nicht absage, werden mir privat in Rechnung gestellt!

Das Kind besucht: Kindergarten Schule

Geschwister: Schwester(n)

Bru(e)der

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Überweisender Arzt Web

Besonderheiten, die Sie gerne nennen möchten:

Kinderarzt ihres Kindes:

Vom Patienten / Eltern auszufüllen

Allgemeine Anamnese

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

Behandlungsgrund

Nein Ja, wegen:

Arzt/Ärztin

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Medikament(e),

Nein Ja, welche:

Herz/Kreislauf	Ja	Nein
Herzfehler:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzgeräusche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzpass:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stoffwechsel	Ja	Nein
Diabetes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenüberfunktion:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenunterfunktion:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervensystem	Ja	Nein
Epileptische Anfälle:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krämpfe:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurologische Störungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutkrankheiten	Ja	Nein
Hämophilie (Bluter):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anämie (Blutarmut):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien	Ja	Nein
Allergiepass vorhanden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Atemwegs- erkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latex:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergie:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allergien

Wenn Ja, welche:

Infektionskrankheiten	Ja	Nein
(z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Infektionskrankheiten

Wenn Ja, Welche:

Sonstige Erkrankungen, Syndrome etc.
<small>Sonstiges</small>
Wenn Ja, welche:

Sonstige Besonderheiten
<small>Besonderheiten</small>
Wenn Ja, welche:

Vom Patienten / Eltern auszufüllen

Zahnärztliche Anamnese

Alter des ersten

Zahnarzt-Besuchs:

Alter

Heutiger Anlass ist:

(z. B. Zahnschmerzen, Kontrolle)

Mund-/Kieferoperationen oder Unfälle Ja Nein

Was

Wann

Wo

Angewohnheiten Ja (bis) Nein

Daumenlutschen:

Fingernuckeln:

Schnuller:

Flasche/Brust

Ja (bis)

Nein

Stillen:

Nuckelflasche:

Sportlerflasche:

Becher/Glas:

Die häufigsten Getränke sind:

Getränke

Wurde schon eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Ja

Nein

Geschwister:

Patient:

Dresden, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Von der Praxis auszufüllen

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

Individuelle Fluorid - Anamnese
 (von der Prophylaxehelferin zu erheben)

	JA	NEIN
Fluoridiertes Speisesalz:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoridierte Zahnpasta:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluoridsupplement-Tabletten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte in das Recall-System aufgenommen werden	JA <input type="radio"/>	NEIN <input type="radio"/>