



# Zahnpiraten für Groß und Klein

## Anmeldung Kind

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

Basistarif?

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**

War Ihr Kind eine Frühgeburt?

Nein  Ja

Wenn ja wann / welche Maßnahmen

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

Nein  Ja, wegen:

Behandlungsgrund

Arzt/Ärztin

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein  Ja, welche:

Medikament(e),

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"/>

Wenn Ja, welche:

Allergien

**Infektionskrankheiten** Ja Nein

(z. B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

Wenn Ja, Welche:

Infektionskrankheiten

**Impfstatus** Ja Nein

entsprechend dem Alter komplett?

**Fluoridanamnese**

- Fluoridierte Zahnpasta  Fluorid
- Fluoridiertes Speisesalz  Fluoridtabletten

**Sonstige Erkrankungen, Syndrome etc.**

Wenn Ja, welche:

Sonstiges

**Sonstige Besonderheiten**

Wenn Ja, welche:

Besonderheiten

**Erster Zahnarztbesuch Heutiger Anlass ist:**

Alter

(z. B. Zahnschmerzen, Kontrolle)

**Vom Patienten / Eltern auszufüllen**

**Zahnärztliche Anamnese**

**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:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ich stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu.

Ich verpflichte mich Änderungen und Terminabsagen rechtzeitig abzusagen, andernfalls kann mir die Praxis die Ausfallzeiten in Rechnung stellen.

Dresden, Datum

Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigter