



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

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
Allergiepäss 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

Sonstige Erkrankungen, Syndrome etc.

Wenn Ja, welche:

Sonstiges

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, welche:

Medikament(e),

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

Nein Ja, wegen:

Behandlungsgrund

Arzt/Ärztin

War Ihr Kind eine Frühgeburt?

Nein Ja

Wenn ja wann / welche Maßnahmen

Impfstatus Ja Nein

entsprechend dem Alter komplett?

Fluoridanamnese

- Fluoridierte Zahnpasta Fluorid
 Fluoridiertes Speisesalz Fluoridtabletten

Sonstige Besonderheiten

Wenn Ja, welche:

Besonderheiten

Erster Zahnarztbesuch **Heutiger Anlass ist:**

Alter

(z. B. Zahnschmerzen, Kontrolle)

Vom Patienten / Eltern auszufüllen

Zahnärztliche Anamnese

Mund-/Kieferoperationen **Ja** **Nein**
oder Unfälle

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