



# Anmeldung für Kinder

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Rezeption abgeben! Danke.

## Patient/in

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

## Mitglied/Versicherter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

## Anschrift

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber werktags) \_\_\_\_\_

e-Mail (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_ Handy (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_ Telefax (freiwillige Angabe) \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_ ja  nein   
freiwillig versichert? \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung/Beihilfe \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## empfohlen durch

\_\_\_\_\_

## Sehr geehrte Eltern!

Sie kommen mit Ihrem Kind zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem **Bestellsystem** geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten **Termin** nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden vorher absagen** sollten.

Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Notbehandlungstermin, so rechnen Sie bitte mit **Wartezeit**. Da dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

## Für sozialversicherte Patienten wichtig:

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, erfolgt eine **private Rechnungslegung** (gemäß § 15 GRG).

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die Ärztliche Schweigepflicht fallen:**

### a) Allgemein

1. War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? ja  nein
2. Gab es Schwierigkeiten bei der Behandlung? ja  nein
3. Liegt ein zahnärztliches oder ärztliches Kinderuntersuchungsheft vor? ja  nein
4. Hat Ihr Kind Zahnschmerzen? ja  nein
5. Beobachten Sie kariöse Stellen (Löcher) oder undichte Füllungsräder? ja  nein
6. Hatte Ihr Kind einen Unfall unter Beteiligung des Gesichtsschädels oder im Bereich der Zähne? ja  nein
7. Häufiges Zahnfleischbluten oder entzündetes Zahnfleisch? ja  nein
8. Hat Ihr Kind Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? ja  nein
9. Sind Sie oder Ihr Kind mit dem Aussehen seiner Zähne zufrieden? ja  nein
10. Weshalb kommen Sie mit Ihrem Kind zu uns :

Bitte wenden?



b) **Funktion**

1. Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen? ja  nein
2. Hat Ihr Kind Beschwerden in der Kaumuskulatur, an Kopf, Ohr, Schulter, Kiefergelenk? ja  nein
3. Kann es gut abbeißen oder kauen? ja  nein
4. Daumenlutscher? ja  nein
5. Nägelkauen? ja  nein
6. Schwierigkeiten mit der Mundöffnung? ja  nein
7. Knacken oder Reiben im Kiefergelenk? ja  nein
8. Ist Ihr Kind Mundatmer? ja  nein

c) **Vorbeugung**

1. Putzen Sie Ihrem Kind die Zähne von allen Seiten mit der Zahnbürste mind. 2x täglich? ja  nein
2. Putzt Ihr Kind seine Zähne schon selbstständig? ja  nein
3. Verwenden Sie eine fluoridhaltige Zahnpasta? ja  nein
4. Verwenden Sie regelmäßig zusätzlich Fluoride (Gele, Spüllung,...)? ja  nein
5. Kochen Sie mit fluoridiertem Kochsalz? ja  nein
6. Bekommt Ihr Kind Fluoridtabletten? ja  nein
7. Nimmt Ihr Kind zuckerhaltige Speisen zu sich? ja  nein  gelegentlich

**Allgemeiner Gesundheitszustand**

Leidet Ihr Kind an:

1. Ansteckende Krankheiten? Infektionskrankheiten? ja  nein  Wenn ja, welche

---

2. Herzkrankheiten? Operationen am Herz? ja  nein
3. Blutungsneigung (Bluterkrankheit...)? ja  nein
4. Zuckerkrankheit? ja  nein
5. ADHS/ADS ja  nein
6. Hatte Ihr Kind schon einmal einen epileptischen Anfall? ja  nein
7. Allergien? ja  nein  Wenn ja, welche
8. Liegt eine Autismus-Störung vor? ja  nein

---

8. Nimmt Ihr Kind Medikamente? ja  nein  Wenn ja, welche

---

9. Ist Ihr Kind in ärztlicher Behandlung ja  nein  Wenn ja, warum

Arzt:

Tel.:

Teilen Sie mir bitte Änderungen Ihrer Anschrift und/oder Ihres Gesundheitszustandes kurzfristig mit!

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

Datum

Unterschrift Patient/in oder ggf. Erziehungsberechtigter