





## Anmeldebogen 4. bis 12. Lebensjahr

Wir benötigen neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

### Zutreffendes bitte ankreuzen

Alter des Kindes (Monate): \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leidet es an Allergien(Jod), Asthma oder Heuschnupfen?  Ja  Nein

Verträgt Ihr Kind Latex (Luftballons, Gummihandschuhe)?  Ja  Nein

Hatte es jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung?  Ja  Nein

Hatte Ihr Kind schon mal Fieberkrämpfe oder Krampfanfälle?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind Zuckerkrankheit (Diabetes) oder Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein

Blutet es lange bei Verletzungen (Blutgerinnungsstörungen)?  Ja  Nein

Leidet es an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC)?  Ja  Nein

Andere Erkrankungen? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Wurden bereits Röntgenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?  Ja  Nein

1. Wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

gar nicht  manchmal  1 x täglich  2 – 3 x täglich

2. Welche Zahnpasta verwenden Sie für Ihr Kind?

gar keine  fluoridfreie  Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid)  Erwachsenenzahnpasta (über 1000 ppm Fluorid)

3. Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

Eltern  Kind  Eltern und Kind

4. Wann putzen Sie Ihrem Kind die Zähne regelmäßig?

morgens  mittags  abends  
 vor den Mahlzeiten  nach den Mahlzeiten

5. Womit putzen Sie die Zähne Ihres Kindes?

Handzahnbürste  elektrische Zahnbürste

6. Geben Sie Ihrem Kind Fluoridtabletten?  ja  nein

7. Benutzen Sie fluoridiertes Speisesalz?  ja  nein  weiß nicht

8. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ warum? \_\_\_\_\_

## Anmeldebogen 4. bis 12. Lebensjahr

9. Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt oder in der Klinik?  keine

---

---

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren.

In welchem Verhältnis stehen Sie zum Kind? (z.B. Mutter des Kindes): \_\_\_\_\_

Haben Sie als Eltern Angst vor dem Zahnarztbesuch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Hier noch ein Hinweis:**

**Nutzen Sie die Angebote Ihrer Krankenversicherung für regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, ab dem 6. Geburtstag die halbjährliche Individualprophylaxe. In den meisten Fällen sind diese ausreichend. Sollten wir zusätzliche Therapiemaßnahmen für sinnvoll halten, werden wir Sie darüber informieren. Sie entscheiden dann, welche Angebote Sie wahrnehmen möchten.**