



## Anmeldebogen bis zum 3. Lebensjahr

(\* Pflichtangaben – alle anderen Angaben auf freiwilliger Basis)

---

Nachname, Vorname (Patient/in) *	Geburtsort , Geburtsdatum *	
----------------------------------	-----------------------------	--

---

Nachname, Vorname (Versicherter) *	Geburtsdatum *	Krankenkasse / bitte auch private Zusatzversicherung angeben *
------------------------------------	----------------	--

---

Adresse \*

---

Telefon: * privat	mobil	geschäftlich
-------------------	-------	--------------

---

Kinderärztin/Kinderarzt - Name, Adresse, Telefon

---

Kieferorthopäde / Kieferorthopädin - Name, Adresse, Telefon

---

Logopäde / Logopädin - Name, Adresse, Telefon

---

weitere mitbehandelnde Ärzte / Ärztinnen ( z.B. Homöopath, Osteopath) - Name, Adresse, Telefon

## Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r) *	Geburtsdatum *
---	----------------

---

Adresse \*

---

Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
-------	--------------------------------------



## Anmeldebogen bis zum 3. 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  Erwachsenenzahnpasta  
(500 ppm Fluorid) (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. Wird/wurde Ihr Kind gestillt?  ja  nein

9. Geben Sie Ihrem Kind bereits zusätzlich Wasser oder andere Getränke?  ja  nein

Wenn ja, woraus?  Tasse/Becher mit Trinkaufsatz  
 offene Tasse/Becher ohne Trinkaufsatz



## Anmeldebogen bis zum 3. Lebensjahr

10. Bekommt Ihr Kind nachts (von 20 Uhr – 8 Uhr) etwas zu trinken?  ja  nein  
Wenn ja: wie?  Brust  Flasche  Becher mit Trinkaufsatz  andere: \_\_\_\_\_
11. Welches Getränk ist am häufigsten in der Nuckelflasche?  Wasser  ungesüßter Tee  Apfelsaft  Eistee  
 anderes \_\_\_\_\_
12. Seit welchem Alter trinkt Ihr Kind aus einer Tasse/Becher? \_\_\_\_\_ (Jahr /Monat)
13. Bekommt Ihr Kind schon Beikost?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
14. Welche Schnullergewohnheiten bzw. Daumenlutschgewohnheiten hat es?  
Es schnullert/lutscht am Daumen :  nein  tags, wenn es müde ist  
 häufig zur Beruhigung  immer zum Einschlafen
- Schnullert es /lutscht es nachts am Daumen?  ja  nein  
Können Sie den Schnuller/den Daumen nach dem Einschlafen herausziehen?  ja  nein
15. Waren Sie mit Ihrem Kind schon beim Zahnarzt?  ja  nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ warum? \_\_\_\_\_
16. Für welche Beschäftigungen hat Ihr Kind eine besondere Vorliebe? (Spiele, Sport, Bücher)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. 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?  ja  nein  
Gehen Sie regelmäßig zur Kontroll-/ Vorsorgeuntersuchung?  ja  nein  
Lassen Sie sich nur behandeln, wenn Sie Zahnschmerzen haben?  ja  nein  
Haben Sie selbst schon an einem Prophylaxe-Programm teilgenommen?  ja  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.**