

ANMELDEFRAGEBOGEN

für Kinder von circa 2 bis 7 Jahren



Liebe Eltern!

Wir freuen uns sehr, Ihr Kind und Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. In den Jahren von Kinderkrippe und -garten entwickelt Ihr Kind das sogenannte Milchzahngewebiss und der Kiefer verändert sich verhältnismäßig rasch - Zahn- und Mundpflege sind nun sehr wichtig!

Um den Besuch bei uns für Ihr Kind so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir bestmöglich vorbereitet sind und Ihr Kind **ein gutes Gefühl** bei jedem späteren Zahnarztbesuch beibehalten kann.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Lesen Sie dazu auch unsere Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage oder im Wartebereich unserer Praxis.

Ihr Dr. Ralf Voßler & Team

(Pat.-Nr. _____.)

Persönliche Patientendaten

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

Name, Vorname eines Elternteiles / des Versicherten Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

Telefon privat und/oder Arbeit Telefon Mobil

E-Mail

Krankenkasse, bei der Ihr Kind versichert ist

Name Ihres Haus- oder Kinderarztes

Allgemeine Fragen zur Ernährung

	ja	nein		ja	nein
Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Trinkt Ihr Kind gerne:					
Wasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fruchtsäfte, Schorle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ungesüßte Tees	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Limonaden, Eistees	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Milch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kakao	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihr Kind isst besonders gerne herzhaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, nennen Sie bitte Beispiele _____		
<hr/>					
Ihr Kind isst besonders gerne süße Lebensmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, nennen Sie bitte Beispiele _____		
<hr/>					
Trinkt Ihr Kind stets aus normalen Trinkgefäßen wie Bechern, Gläsern etc.?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte weiter auf der Rückseite

ANMELDEFRAGEBOGEN

für Kinder von circa 2 bis 7 Jahren



Allgemeine Fragen zur Zahn- und Mundhygiene

	ja	nein		ja	nein
Lutscht Ihr Kind noch am:					
Nuckel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Daumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
oder an etwas anderem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, woran? _____		
Wann werden die Zähne geputzt? morgens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vor dem Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mittags	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gleich nach dem Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
abends	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gleich nach dem Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Ihr Kind Spaß am Zähne putzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Oder lässt es sich nur ungern die Zähne reinigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wann hat Ihr Kind die ersten Zähne bekommen?			Mit circa _____ Monaten.		
Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wenn ja, welche: _____		

Auch kleine Kinder können bereits ernsthafte Erkrankungen haben. Bitte informieren Sie uns:

Hat Ihr Kind einen Lieblingstедdy, Kuscheltier o.ä. wenn ja, wie heißt es oder sieht es aus?: _____

Ist eine Terminerinnerung von Ihnen gewünscht? ja nein

wenn ja, per: E-Mail Telefon

bei Erinnerung per E-Mail bitte die aktuelle E-Mail Adresse angeben: _____

bei Erinnerung per Telefon bitte die aktuelle Tel.-Nr. angeben: _____

Haben Sie ein besonderes Anliegen an uns?

Wir bieten in unserer Praxis mit geschultem Personal Eingewöhnungstermine an, die es Ihrem Kind leichter machen, den routinemäßigen Zahnarztbesuch als etwas ganz Normales anzunehmen. Machen Sie dafür einen Termin mit uns aus. Oftmals reicht dafür schon ein kurzer Termin, damit Ihr Kind gerne wieder kommt. Das Lieblingskuscheltier oder der beste Teddy können natürlich auch mitgebracht werden! Manchmal benötigen diese kleinen Freunde auch eine Zahnarztkontrolle!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Gesundheitsangaben, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich mit der Verarbeitung der o.g. personengebundenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung für Patienten (s. Aushang) einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: _____

Praxisintern - zur Kenntnis genommen: _____