



ANMELDEBOGEN FÜR KINDER

Liebe Eltern,
herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns den Zähnen Ihrer Kinder widmen, benötigen wir neben den Personalien und Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand auch Auskunft über die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate, lückenlose und risikofreie Beratung und Behandlung. Bitte lesen Sie sich daher die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und füllen Sie die entsprechenden Felder aus.

DATEN DES KINDES

NAME	
VORNAME	
GEBURTSDATUM	
STRASSE, NR.	
PLZ/WOHNORT	

DATEN DES RECHNUNGSEMPFÄNGERS

NAME	
VORNAME	
GEBURTSDATUM	
STRASSE, Nr	
PLZ/WOHNORT	
TELEFON	
E-MAIL	

VERSICHERUNGSSTATUS DES KINDES

- ☐ Gesetzlich versichert
☐ Privat versichert
☐ Beihilfeberechtigt

Das Kind ist mitversichert bei

- ☐ Mutter
☐ Vater
☐ andere

ALLGEMEIN

Wer ist der betreuende Kinderarzt?

Wo befand sich Ihr Kind bisher in zahnärztlicher Behandlung?

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- ☐ Internet ☐ Empfehlung
☐ Google ☐ Facebook / Instagramm

UNSER SERVICE FÜR SIE

Wir erinnern Sie über anstehende Termine sowie halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen.

Bitte erinnern Sie mich

- ☐ per Mail ☐ telefonisch

GESUNDHEITSFRAGEN

Leidet Ihr Kind an einer Allgemeinerkrankung oder gibt es andere Besonderheiten?
(Allergien, Medikamentenunverträglichkeit?, etc.) ☐ nein ☐ ja

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche und weshalb? ☐ nein ☐ ja

Hat oder hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte Erkrankung
oder einen Krankenhausaufenthalt? ☐ nein ☐ ja

ZAHNGESUNDHEITLICHE ENTWICKLUNG

Wie oft putzt Ihr Kind täglich sein Zähne? 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐
Wie putzt Ihr Kind sich die Zähne? Alleine ☐ mit Hilfe der Eltern ☐ Nur die Eltern ☐
Welche Zahnpasta verwenden Sie? Kinderzahnpasta ☐ Juniorzahnpasta ☐ Erwachsenenzahnpasta ☐
Ist in dieser Fluorid enthalten? nein ☐ ja ☐
Wurden Fluoridtabletten verabreicht? nein ☐ ja ☐ bis zum ___ Lebensmonat immer noch ☐
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz? nein ☐ ja ☐
Hat Ihr Kind aus der Flasche getrunken? nein ☐ ja ☐ bis zum ___ Lebensmonat immer noch ☐
Wurde Ihr Kind gestillt? nein ☐ ja ☐ bis zum ___ Lebensmonat immer noch ☐
Lutscht Ihr Kind an Daumen oder Schnuller? nein ☐ ja ☐ bis zum ___ Lebensmonat immer noch ☐

ESS- UND TRINKVERHALTEN

Was trinkt Ihr Kind zu den Mahlzeiten und im Tagesverlauf?

- | | |
|--|---|
| ☐ Leitungswasser | ☐ Mineralwasser |
| ☐ Aromatisiertes Wasser | ☐ Ungesüßten Tee |
| ☐ gesüßten Tee | ☐ Saftschorle |
| ☐ Saft | ☐ Kakao |
| ☐ Limo | ☐ Cola |

Wie viele Zwischenmahlzeiten isst Ihr Kind ungefähr am Tag?

Was isst Ihr Kind üblicherweise als Zwischenmahlzeit?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Obst | ☐ Gemüse |
| ☐ Kaugummi | ☐ Joghurt |
| ☐ Belegtes Brot | ☐ Reiswaffeln |
| ☐ Kekse | ☐ Kuchen |
| ☐ Chips/Salzstangen | ☐ Müsliriegel |
| ☐ Fruchtschnitten | ☐ Quetschi |
| ☐ Süßigkeiten (auch z.B. Milchschnitte, Knoppers, Fruchtzwerg...) | |

VERHALTEN BEIM ZAHNARZT

Falls Ihr Kind bereits zahnärztlich behandelt wurde:
Wie beurteilen Sie das Verhalten Ihres Kindes?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Kooperativ | ☐ ängstlich, aber die
Behandlung war möglich |
| ☐ Verweigerung | |

Haben Mutter oder Vater Angst vor dem Zahnarzt?

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Vater | ☐ Mutter | ☐ Keiner |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung der persönlichen Daten meines Kindes ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r